

ДОГЛЯД ЗА ЗДОРОВОЮ ТА ХВОРОЮ ДИТИНОЮ

За редакцією професора І. О. Мітюряєвої-Корнійко

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК



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

ДОГЛЯД ЗА ЗДОРОВОЮ ТА ХВОРОЮ ДИТИНОЮ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

За редакцією
проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко

Київ
ДП «Експрес-об'ява»
2023

УДК 616-08:616-053.2(477)

Д 59

Рекомендовано до друку
Вченою радою Національного медичного університету
імені О. О. Богомольця МОЗ України
(протокол № 9 від 11.04.2023 року)

Установа-розробник:
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця МОЗ України

Рецензенти:

Колоскова О. К., д-р мед. наук, професор, зав. кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету.

Кулешов О. В., д-р мед. наук, професор, зав. кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Д 59 **Догляд за здоровою та хворою дитиною** : навчальний посібник / І. О. Мітюряєва-Корнійко, О. В. Виговська, С. Ю. Романенко, Г. В. Салтикова, Н. В. Молочек, А. Б. Корнієнко, І. В. Ковальчук, Ю. М. Кривонос, Р. В. Терлецький; за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 262 с.

ISBN 978-617-7389-24-7

DOI 10.51587/9786-1773-89247-2023-08

У навчальному посібнику подана необхідна для лікаря інформація з протокольного та нормативно-правового забезпечення державної політики України щодо охорони материнства та дитинства. Наведені нові дані з основних розділів профілактичної педіатрії, які стосуються питань догляду, виходжування дітей різного віку, функціональних обов'язків та практичних навичок молодшого та середнього медичного персоналу педіатричних відділень на амбулаторному та стаціонарному рівнях. Представлена сучасна концепція санітарно-гігієнічних заходів безпеки неінфекційних та інфекційних захворювань у дітей та практичним навичкам з надання невідкладної допомоги дитині молодшим медичним персоналом до прибуття лікаря (PBLs). Зміст навчального посібника відповідає тематичним розділам програми з педіатрії у медичних коледжах, додипломного навчання студентів медичного та педагогічного профілів, а також програм інternатури для навчання лікарів-педатрів, загальної практики-сімейної медицини. Для студентів, викладачів, лікарів – практиків, вихователів дитячих закладів освіти, опікунів, батьків.

УДК 616-08:616-053.2(477)

ПЕРЕДМОВА	9
------------------------	----------

РОЗДІЛ I СУЧАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ ТА СИСТЕМА ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ ДІТЕЙ У ДИТЯЧІ ЛІКАРНІ	11
---	-----------

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень.....	11
Алгоритм сучасної організації, підпорядкування та функціонування структур педіатричної служби України.....	12
Послідовність міжрівневого надання діагностично-лікувальних послуг для дітей закладами охорони здоров'я України через формування електронного направлення.....	14
Правила оформлення Декларації на дитину для використання медичних гарантій від держави по наданню безкоштовної медичної допомоги населенню.....	16
Сучасна класифікація, структура та функціональні особливості дитячих лікарень в Україні.....	17
Основні форми та правила оформлення медичної документації в дитячій лікарні	19
Функціональні обов'язки середнього та молодшого медичного персоналу в дитячій лікарні.....	22
Система госпіталізації дитини до дитячої лікарні. Структура, організація роботи та документація медперсоналу в приймальному відділенні	24
Схема транспортування хворих у межах дитячої лікарні	26
Алгоритм санітарного контролю у приймальному відділенні.....	28
Методика виявлення, обробки дітей, хворих на педикульоз, та оформлення відповідної документації.....	29
Визначення проявів та правила обробки дітей, хворих на коросту.....	33
Контрольні питання до теми	35
Тестові завдання	36
Рекомендована література	37

РОЗДІЛ II ЛІКУВАЛЬНО-ОХОРОННИЙ ТА САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ ЗАХИСТ ХВОРИХ ДІТЕЙ У СТАЦІОНАРІ. ДОГЛЯД ЗА ТЯЖКОХВОРИМИ ДІТЬМИ	39
---	-----------

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень.....	39
Поняття про лікувально-охоронний режим у дитячій лікарні.....	40
Гігієнічні та виховні вимоги до іграшок та ігрового матеріалу	41

Санітарно-охоронні правила використання дітьми гаджетів	43
Режим дня здорової та хворої дитини	45
Поняття про санітарно-гігієнічний режим у дитячому відділенні	47
Система протиепідемічного захисту у дитячому стаціонарі.....	49
Класифікація методів дезінфекції у дитячих відділеннях.....	52
Стандартні сучасні заходи захисту, яких необхідно дотримуватися при догляді за пацієнтом у стаціонарі.....	54
Сучасні методи та засоби для проведення дезінфекції	55
Особливості санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму у відділеннях неонатології та пологових будинках	57
Міжнародні рекомендації (2020) з питань безпеки немовлят у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених	58
Показання, основні види та алгоритм обробки рук медперсоналом	60
Поняття про дезінфекцію та стерилізацію предметів догляду за дітьми.....	63
Вибір та алгоритм використання дезінфікуючих засобів та розчинів	66
Обладнання та протиепідемічний захист палат для догляду за тяжкохворими дітьми.....	69
Функціональні обов'язки медперсоналу при догляді за тяжкохворими дітьми	69
Техніка зміни білизни тяжкохворим дітям	70
Профілактика виникнення та обробка пролежнів.....	73
Психологічна підтримка тяжкохворих дітей та їх рідних	75
Посилання на відеоматеріали за темою	76
Контрольні питання до теми.....	76
Тестові завдання	77
Рекомендована література	78

РОЗДІЛ III ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ОСОБИСТА ГІГІЄНА ПОСТОВОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ТА МОЛОДШОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У ДИТЯЧОМУ ВІДДІЛЕННІ СТАЦІОНАРУ 79

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень.....	79
Нормативні обов'язки медичної сестри закладів охорони здоров'я України... ..	81
Професійні обов'язки та перелік маніпуляцій у щоденній практиці медичної сестри та молодшого медперсоналу педіатричного стаціонару.....	82
Особиста гігієна, деонтологія поведінки медичного персоналу та принципи оформлення інформованої згоди з батьками.....	85

Принципи фахової субординації в системі педіатр – медична сестра – молодший медичний персонал	88
Організація роботи поста медичної сестри дитячого стаціонару	89
Перелік та правила ведення документації постової медсестри	90
Правила зберігання ліків та розкладки їх пероральних форм.....	91
Методика проведення гігієнічних та лікувальних ванн.....	94
Алгоритм накладання зігріваючого компресу на суглоби	97
Алгоритм проведення постурального (дренажного) масажу	98
Посилання на відеоматеріали за темою	99
Контрольні питання до теми	100
Тестові завдання	100
Рекомендована література	101

РОЗДІЛ IV ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЗОВНІШНЬОГО ТА ВНУТРІШНЬОГО ВИКОРИСТАННЯ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ..... 103

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень.....	103
Правила отримання медикаментів постовою медичною сестрою дитячого відділення	104
Техніка внутрішнього введення пероральних лікарських засобів (через рот)	105
Застосування супозиторіїв (свічок) для введення у пряму кишку.....	106
Особливості використання очної мазі, очних та вушних крапель	107
Особливості проведення дітям інгаляційної терапії	110
Правила користування кишеньковим, стаціонарним інгаляторами та їх первинна санітарна обробка	112
Алгоритм постановки гірчичників на грудну клітку	114
Алгоритм накладання сухого зігріваючого компресу на вухо	115
Алгоритм застосування мішура з льодом.....	115
Посилання на відеоматеріали за темою	116
Контрольні питання до теми.....	116
Тестові завдання	117
Рекомендована література.....	118

РОЗДІЛ V ОСНОВИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ДІТЯМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ 119

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень.....	119
Методи та пристрої для ін'єкційного введення лікарських препаратів	120
Алгоритм підготовки медичної сестри до проведення ін'єкцій	122

Підготовка хворої дитини до маніпуляції	124
Техніка виконання різних методів парентерального введення препаратів	125
Деталізований порядок проведення дітям внутрішньом'язових ін'єкцій та можливі ускладнення	126
Методика застосування дітям інсулінової помпи	127
Посилання на відеоматеріали за темою	128
Контрольні питання до теми	128
Алгоритм внутрішньом'язового введення ліків	129
Тестові завдання	131
Рекомендована література	132

РОЗДІЛ VI ОРГАНІЗАЦІЯ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ В УМОВАХ ДИТЯЧОГО СТАЦІОНАРУ..... 133

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень	133
Основні види вигодовування дитини грудного віку	134
Правила грудного вигодовування дітей першого року життя	134
Штучне годування дітей першого року життя. Техніка приготування молочних сумішей	136
Алгоритм стерилізації обладнання для штучного вигодовування	138
Організація підгодовування дітей грудного віку	139
Питний режим здорової та хворої дитини	140
Режим годування здорової та хворої дитини до 3-х років	142
Організація харчування дітей в умовах стаціонару	143
Принципи харчування тяжкохворих дітей	146
Санітарно-гігієнічні правила роботи харчового блоку, роздавальної та їдальні в дитячому стаціонарі	147
Правила особистої гігієни персоналу харчоблоку дитячого стаціонару	150
Посилання на відеоматеріали за темою	152
Контрольні питання до теми	152
Тестові завдання	152
Рекомендована література	154

РОЗДІЛ VII ДОГЛЯД, ГІГІЄНА ТА АНТРОПОМЕТРІЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ..... 155

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень	155
Поняття про період новонародженості та показники адаптації	156
Особливості догляду за новонародженими дітьми з пологової зали до виписки з пологового будинку	157
Алгоритм первинної обробки залишка пупочного канатика та подальшого догляду за ним	159
Догляд за ротовою порожниною немовляти	160

Надання допомоги дітям раннього віку під час прорізування зубів.....	162
Методика догляду за очима малюка.....	162
Особливості догляду за носовими ходами	163
Очищення дитині носових ходів від слизу.....	164
Методика туалету вушних раковин та слухових ходів дитини	164
Догляд за придатками шкіри (нігтями та волоссям) немовляти.....	165
Догляд за хворою дитиною та забезпечення фізіологічних потреб дитини раннього віку.....	165
Методика підмивання та купання дітей раннього віку.....	170
Правила обробки складок шкіри немовляти з метою профілактики попірлостей	171
Правила сповивання та сучасний одяг дітей першого року життя.....	171
Переваги та правила користування одноразовими підгузниками	173
Алгоритм обробки шкіри при появі попірлостей.....	177
Покроковий алгоритм привчання дитини до горщика	178
Антропометрія дітей першого року життя.....	180
Посилання на відеоматеріали за темою	182
Контрольні питання до теми.....	182
Тестові завдання.....	183
Рекомендована література.....	184

РОЗДІЛ VIII ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ДИТИНИ (СКАРГИ, СВІДОМІСТЬ, ПОЛОЖЕННЯ ТІЛА). НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДИТИНІ МОЛОДШИМ МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ ДО ПРИБУТТЯ ЛІКАРЯ (PBLS) 185

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень.....	185
Поняття про медичний огляд хворої дитини.....	186
Паспортна частина історії хвороби. Суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження дитини при зверненні за медичною допомогою.....	187
Особливості об'єктивного дослідження хворої дитини та визначення її стану	189
Сучасні способи вимірювання температури тіла у дітей.....	190
Поняття та види лихоманки у дітей	192
Догляд за дітьми з лихоманкою.....	193
Поняття про Педіатричний Ланцюг Вживання (American Heart Association, 2020).....	195
Базові реанімаційні заходи для дітей відповідно до рекомендацій American Heart Association, 2020. Алгоритм практичної навички (PBLS)	196

Практичні навички високоякісної серцево-легеневої реанімації дітей та немовлят. Техніка компресій грудної клітки у дітей різного віку	199
Практичні навички високоякісної серцево-легеневої реанімації дітей та немовлят. Техніка виконання штучних вдихів у дітей різного віку	206
Посилання на відеоматеріали за темою	209
Контрольні питання до теми	210
Тестові завдання	210
Рекомендована література	211

РОЗДІЛ ІХ УЧАСТЬ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У ПІДГОТОВЦІ ДІТЕЙ ДО ПРОВЕДЕННЯ ТА ЗБОРУ БІОЛОГІЧНОГО МАТЕРІАЛУ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ 213

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень	213
Особливості підготовки та правила проведення лабораторних аналізів крові у дітей	214
Підготовка до проведення аналізів сечі та правила її забору	218
Проведення забору калу для копрограми у дітей	222
Загальні вимоги до проведення у дітей мікробіологічних досліджень сечі та калу	223
Алгоритм забору біологічного матеріалу (мазка) із зіва у дітей	224
Порядок дій для взяття мазків з порожнин пазух носа	227
Підготовка хворої дитини до проведення ультразвукового дослідження	229
Принципи підготовки дитини до рентгенологічного дослідження	232
Методика поставлення різних видів клізм у дітей	233
Особливості застосування газовідведення у дітей	237
Правила підготовки хворих дітей до ендоскопічного дослідження	239
Посилання на відеоматеріали за темою	239
Контрольні питання до теми	240
Тестові завдання	240
Рекомендована література	241

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ ЗА ТЕМАМИ ПОСІБНИКА 242

ПРАВИЛЬНІ ВІДПОВІДІ НА ТЕСТИ 243

ПЕРЕЛІК НАВИЧОК ТА МАНІПУЛЯЦІЙ ЗА ТЕМАМИ ПОСІБНИКА 244

ДОДАТКИ 247

ПЕРЕДМОВА

Ви отримали давно очікуваний практичний навчальний посібник, який розкриває найсучасніші підходи до засвоєння первинних базових професійних навичок по догляду за дитиною в здоровому стані та під час хвороби. Наприклад, чи ви знаєте який засіб зараз найкраще використовувати для обробки складок шкіри малечі для профілактики попірлості? Або, який горщик (з музичним пристроєм чи ні) та з якого віку необхідно обирати для дитини, що постійно знаходиться в одноразових підгузниках для профілактики енурезу? Або, скільки часу малюк 6–7 років може безпечно користуватись гаджетами? Або, що необхідно знати для оформлення електронного направлення дитини на госпіталізацію? Або, як правильно підготувати маленького пацієнта для збирання загального аналізу сечі чи проведення УЗД черевної порожнини? І таких питань безліч...

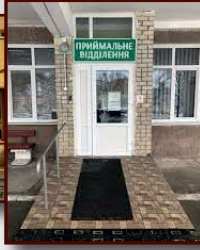
Навчання навичкам педіатричного спрямування – це досить складний, довготривалий процес, який має свої унікальні особливості і зазвичай його засвоєння починається вже на самих перших курсах середніх та вищих навчальних закладів медичної та педагогічної освіти. Оволодіння вміннями правильного догляду та турботи за дитиною різного віку надає можливість спеціалістам, а також батькам/опікунам зберегти весь запас фізичного та психічного здоров'я, необхідний в майбутньому людині для успішного та продуктивного життя.

Саме ці навички – є визначальними у досягненні головної мети Глобальної стратегії охорони здоров'я дітей та підлітків (2016–2030 рр.) – забезпечення їх повноцінного фізичного та розумового розвитку, профілактики захворювань та зміцнення здоров'я. Цей напрямок залишається пріоритетним у процесі останнього (2012–2017 рр.) реформування закладів охорони здоров'я України з розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та спеціалізованих педіатричних вторинних та третинних ланок. Вже в перших розділах навчального посібника в доступній формі кожен зможе мати уявлення про сучасну організацію та пра-

вила функціонування педіатричних закладів охорони здоров'я України, що є важливими орієнтирами майбутнього спеціаліста.

Кожний розділ посібника має відповідний до теми перелік навичок, які вперше представлені в *інтерактивному вигляді* (у алгоритмах, схемах, світлинах, таблицях та посиланнях на відеоматеріали), що максимально спрощує їх засвоєння. Як казав Конфуцій: «Розкажи, не показавши – і я забуду, покажи мені – і може я запам'ятаю, розкажи, покажи та дай спробувати – і я буду вміти». Тому ми пропонуємо наші ілюстровані описи та демонстрації навичок супроводжувати на практиці їх ретельним відпрацюванням. Крім того, по кожній темі міститься ряд тестів та контрольних запитань, що надає можливість самостійно перевірити рівень отриманих знань та вмінь, як за відомим законом Букера: «Навіть маленька практика варта великої теорії».

На сьогодні, не тільки молоді здобувачі освіти, які в майбутньому працюватимуть з дітьми, а й старше покоління спеціалістів розуміють, що при організаційних змінах закладів освіти та охорони здоров'я, наявності численних сучасних засобів по догляду за дитиною, необхідно постійно удосконалюватись та виробляти *високий рівень професіоналізму*. А останній відрізняється – *«вміннями за мінімальний час досягати максимально ефективного результату»*, а саме збереженню всебічного здоров'я наших дітей. Ми сподіваємось, що навчальний посібник знайде свого читача та стане першим кроком у досягненні такої важливої мети.



Розділ I

СУЧАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ ТА СИСТЕМА ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ ДІТЕЙ У ДИТЯЧІ ЛІКАРНІ

Актуальність

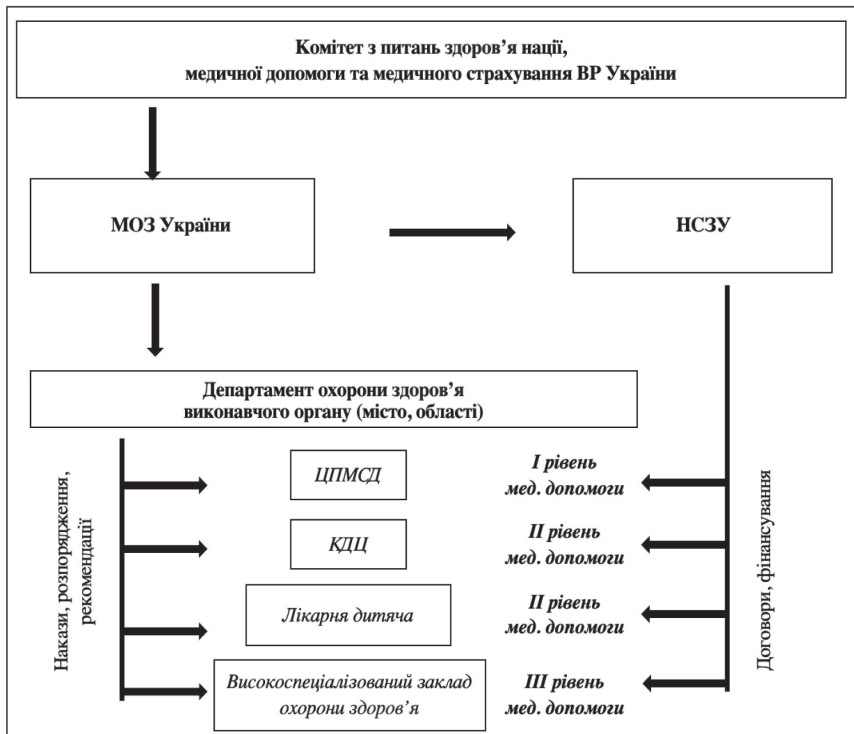
Здоров'я дітей – важливий компонент соціального, економічного та культурного розвитку України. Тому дуже важливим є проведення профілактичних засобів та надання своєчасної висококваліфікованої медичної допомоги.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень

Скорочення	Термін	Визначення
1	2	3
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України	Основна ланка виконавчого органу Кабінету Міністрів України у сфері охорони здоров'я
НСЗУ	Національна служба здоров'я України	Центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги	У своєму складі може мати кілька амбулаторій сімейного типу, що територіально розташовані ближче до місця проживання населення
КДЦ	Консультативно-діагностичний центр (дитячий)	Може існувати як окреме комунальне підприємство, так і бути у складі дитячої лікарні
	Педикульоз	Ектопаразитне захворювання шкіри, породжене вошами
	Короста	Паразитарна заразна хвороба, збудником якої є коростяний кліщ

1	2	3
СОХ	Санітарна обробка хворого	Комплекс заходів, спрямованих на запобігання проникненню та розповсюдженню інфекційних та паразитарних захворювань в лікувально-профілактичних закладах
МД	Медична документація	Документи, в яких фіксується інформація про пацієнта та стан його здоров'я, які мають юридичну силу
ТХ	Транспортування хворих	Переведення або перевезення їх з приймального відділення до лікувального, чи з одного відділення до іншого, а також укладання хворого у ліжку

Алгоритм сучасної організації, підпорядкування та функціонування структур педіатричної служби України



МОЗ України виконує такі функції:

1. Ліцензування закладів охорони здоров'я в Україні.
2. Розробка та впровадження через департаменти на місцях протоколів, рекомендацій, наказів по забезпеченню якісної допомоги населенню України.
3. Співпрацює, спрямовує та координує роботу НСЗУ.
4. Здійснює організаційно-методичне керівництво, контроль за діяльністю вищих медичних навчальних закладів та атестацію науково-педагогічних працівників.

Основними функціями НСЗУ є:

1. Це єдиний національний замовник медичних послуг і лікарських засобів відповідно до програми медичних гарантій. Від імені держави служба оперує коштами, які зберігаються на казначейських рахунках.
2. Закупівля послуг медичного обслуговування населення у закладах охорони здоров'я згідно з укладеними з ними договорами.
3. Фінансування медичної допомоги населенню відповідно до укладених договорів та пакетів по наданню цієї допомоги закладами охорони здоров'я. Робить прями виплати закладам, що надають послуги.

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу (міста, області) – є структурним підрозділом місцевих адміністрацій.

Функції, що виконує:

1. Організовує дотримання Конституції, виконання законів, розпоряджень ВР, КМУ, МОЗ, місцевої адміністрації та здійснює контроль за їх виконанням.
2. Здійснює організаційне та методичне керівництво діяльністю закладів охорони здоров'я по наданню медичної допомоги та забезпеченню сан епід. благополуччя на ввіреній території (міста, області).

3. Координує роботу та аналізує результати діяльності закладів охорони здоров'я, заснованих на комунальній власності ввіреної територіальної громади.

ЦПМСД надає первинну медико-санітарну допомогу населенню, яке має оформлену декларацію з лікарями ЦПМСД.

КДЦ надає амбулаторно-спеціалізовану допомогу дітям шляхом консультування, призначення обстежень та лікування їх вузькими дитячими спеціалістами.

Дитяча клінічна лікарня –заклад, де в умовах стаціонару отримують кваліфіковане лікування діти від народження до 18 років.

Основні функції: лікування дітей, стан здоров'я яких потребує проведення обстежень і лікування лише в умовах стаціонару та які повинні бути під постійним спостереженням лікаря.

Високоспеціалізований заклад охорони здоров'я – може бути багатoproфільною лікарнею або вузькоспеціалізованим центром, наприклад: ОХМАТДИТ – перинатальний центр, що надає високоспеціалізовану допомогу дитячому населенню.

Основні функції: проведення високоспеціалізованих методів діагностики та лікування дітей, які мають складні випадки перебігу захворювань і потребують знаходження в спеціальних умовах через хворобу.

**Послідовність міжрівневого надання
діагностично-лікувальних послуг для дітей
закладами охорони здоров'я України
через формування електронного направлення
Рівні надання медичної допомоги**

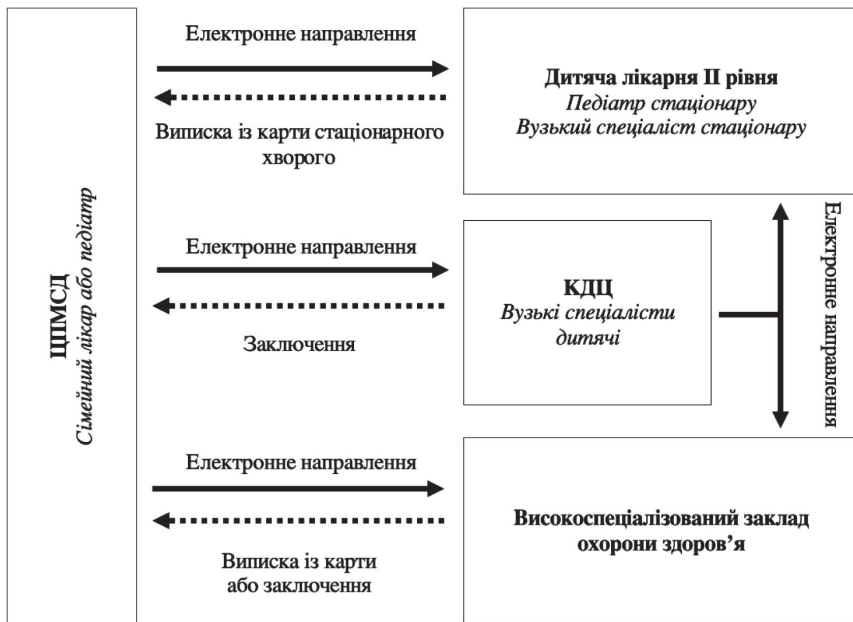
Рівні надання медичної допомоги	Ким надається	Заклад, де надається
1	2	3
Первинний рівень	Лікарями-педіатрами, лікарями сімейної практики	ЦПМСД (амбулаторія сімейного типу).

1	2	3
Вторинний рівень	Лікарями- педіатрами, лікарями невідкладної допомоги, дитячими лікарями-спеціалістами	У стаціонарних умовах – багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри (відділення ревмокардіології, ендокринології). В амбулаторних умовах – консультативно-діагностичні центри (КДЦ).
Третинний рівень	Лікарями-спеціалістами з відповідною підготовкою (наприклад, перинатолог, нейрохірург)	Високоспеціалізовані багато – або однопрофільні заклади охорони здоров'я (наприклад, перинатальний центр).

Лікар первинної ланки надає первинну медичну допомогу та контролює необхідність і послідовність надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я вторинного і третинного рівнів через створення електронного направлення, та отримання зворотного зв'язку у вигляді результатів обстежень і висновків спеціалістів, які необхідні для діагностики та лікування пацієнта.

Електронне направлення (див. додаток 1) є умовою для отримання пацієнтом спеціалізованої медичної допомоги безоплатно. Його виписує лікар ЦПМСД та/або КДЦ на госпіталізацію, певне обстеження, консультацію вузького спеціаліста II або III рівня, без зазначення прізвища лікаря та закладу охорони здоров'я, куди направляється хворий. Де провести обстеження та до якого саме спеціаліста звернутись – вирішують батьки дитини, вибравши з переліку можливих установ та лікарів.

ПОСЛІДОВНІСТЬ МІЖРІВНЕВОГО НАДАННЯ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИХ ПОСЛУГ



Правила оформлення Декларації на дитину для використання медичних гарантій від держави по наданню безкоштовної медичної допомоги населенню



Сучасна класифікація, структура та функціональні особливості дитячих лікарень в Україні

Дитяча клінічна лікарня — стаціонарний заклад, який здійснює лікувально-профілактичні заходи для хворих дітей віком до 17 років включно, які потребують постійного лікарського нагляду, інтенсивної терапії чи спеціалізованої допомоги.

Основне завдання сучасної дитячої клінічної лікарні – лікування та відновлення здоров'я хворої дитини. Це виконується поетапно.

На першому етапі – робиться діагностика захворювання.

На другому – призначається невідкладна терапія.

Далі хворий проходить основний курс лікування.

І останній етап – реабілітація, до якої входять і заходи соціальної допомоги.

Класифікація дитячих лікарень в Україні:

1. Багатопрофільні та спеціалізовані.
2. II або III рівня (високоспеціалізовані) надання допомоги. За наявності функціонування на базі лікарні кафедри медичного або науково-дослідного інституту, вона вважається клінічною.

Дитяча лікарня II рівня у своєму складі може мати:

1. **Приймальне відділення.**
2. **Стаціонарне відділення** (соматичного профілю, вузького профілю) має:
 - палати та/або бокси, маніпуляційний кабінет, процедурний кабінет, пост медичної сестри, кабінети завідувача відділення, старшої медичної сестри; ординаторську.
 - допоміжні приміщення: їдальню, ігрову кімнату, душову, кімнату, де зберігаються речі хворих, приміщення, де миють судна, горщики, клейонки, тимчасово зберігають брудну білизну, а також санвузли (окремі для медперсоналу та хворих).
3. **Відділення функціональної діагностики** (напр. електрокардіографія, електроенцефалографія, ультразвукове дослідження).

4. **Лабораторне відділення** (проведення загальноклінічних, біохімічних, спеціальних досліджень).
5. **Відділення променевої діагностики.**
6. **КДЦ** (відділення вузьких дитячих спеціалістів, може бути у складі лікарні).
7. **Реабілітаційне відділення** (паліативна допомога, відновного лікування).
8. **Відділення інтенсивної терапії.**
9. **Допоміжні підрозділи, до яких входять:** адміністративно-господарська частина; аптека; харчоблок; організаційно-методичний відділ з кабінетом обліку і медичної статистики (або кабінет медичної статистики); медичний архів.

Працюють: лікарі-педіатри будь-якої категорії, вузькі дитячі спеціалісти стаціонару або КДЦ.

Дитяча лікарня III рівня (високоспеціалізований заклад охорони здоров'я) у своєму складі може мати:

1. **Приймальне відділення.**
2. **Стаціонарні відділення** (вузькопрофільні з одного спрямування або різнопрофільні, але високоспеціалізовані).
3. **КДЦ** (амбулаторне відділення).
4. **Діагностичне відділення** (високоспеціалізоване обладнання, КТ, МРТ та ін.).
5. **Лабораторне відділення** (обстеження високоспеціалізовані, імунологічні, ПЛР та ін.).
6. **Відділення інтенсивної терапії та анестезіології.**
7. **Патологоанатомічне відділення (!!!).**
8. **Реабілітаційне (відновного лікування)** (включає в себе високотехнологічні засоби для проведення реабілітації).
9. **Допоміжні підрозділи** (адміністративно-господарська частина, аптека, харчоблок, організаційно-методичний відділ з кабінетом обліку і медичної статистики (або кабінет медичної статистики), медичний архів).

Працюють: вузькопрофільні дитячі спеціалісти стаціонару, вузькі спеціалісти КДЦ, наукові співробітники, лікарі I категорії та вище.

Функціями дитячої лікарні вторинного і третинного рівня є:

- кваліфікована медична допомога хворим дітям;
- використання сучасних методів діагностики, лікування та профілактики захворювань у щоденній практиці;
- постійне удосконалення організаційних форм і методів лікування дітей;
- санітарно-просвітницька діяльність.

Основні форми та правила оформлення медичної документації в дитячій лікарні

Заклади охорони здоров'я працюють у відповідності до певних законодавчих актів. Тому їх діяльність підлягає обов'язковому обліку. Тож кожен медичний працівник, відповідно до вимог та інструкцій, повинен своєчасно заповнювати медичну документацію. Уся вона (див. додатки 2–8) поділяється на облікову та звітну.

- журнал прийому хворих – 001/о;
- журнал відмови в госпіталізації – 001 – 1 /о;
- журнал обліку інфекційних хворих (форма № 060/о);
- медична карта стаціонарного хворого (історія хвороби) – 003/о;
- температурний листок — 004/о;
- листок лікарських призначень — 003—4/о;
- листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару – 007/о;
- статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару – 066/о.

Медична сестра приймального відділення, оформляючи госпіталізацію хворої дитини до стаціонару, вносить до журналу прийому хворих паспортні дані дитини, зазначаючи, ким направлена і з яким діагнозом (і самозвернення теж).

Причину відмови від госпіталізації заносять до *журналу відмови від госпіталізації* (див. додаток 3).

Історія хвороби чи *медична карта стаціонарного хворого* є основним юридичним документом у стаціонарі (див. додаток 4). Її заповнюють чітко та розбірливо, без виправлень і дописувань. Якщо з лікувального закладу з якихось причин зникла історія

хвороби – це вважається кримінальною справою і карається відповідно до закону.

Титульний аркуш історії хвороби, а заодно і паспортну частину статистичної карти вибуття хворого зі стаціонару, заповнює медсестра приймального відділення, додаючи температурний листок і листок лікарських призначень.

Після того, як лікар огляне дитину та зробить відповідний запис в історії хвороби, дитину у супроводі молодшої медичної сестри відводять чи транспортують до відділення за профілем захворювання.

Відомості про госпіталізовану до стаціонару дитину медична сестра заносить до *листка обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару 007/о*, який підписує завідувач відділення, а за його відсутності – старший ординатор або черговий лікар.

До медичної карти стаціонарного хворого заносять: дату та час госпіталізації, прізвище, ім'я та по батькові, вік хворої дитини, назву дитячого закладу або школи, де перебуває чи навчається дитина, домашню адресу, прізвища, імена та по батькові батьків, місця їх роботи, а також діагноз установи, яка направила хворого в стаціонар, попередній діагноз під час госпіталізації (його встановлює лікар під час первинного огляду хворої дитини), клінічний основний, клінічний заключний, супутній діагноз та ускладнення основного захворювання.

Особливу увагу при огляді хворого приділяють збору анамнезу захворювання і життя, скаргам, об'єктивним дослідженням, що є основними критеріями для постановки правильного діагнозу. Основний і супутній діагнози мають бути розгорнутими відповідно до сучасних класифікацій нозологічних форм захворювань.

До історії хвороби заноситься динаміка перебігу основного та супутніх захворювань, опис отриманих інструментальних та лабораторних досліджень, обґрунтування призначеної терапії з урахуванням етіології і патогенезу виявлених захворювань.

Виписка з карти історії хвороби видається батькам під час виписування дитини зі стаціонару. У ній стисло описується перебіг

захворювання, результати клінічних та лабораторних досліджень, а також рекомендації щодо подальших реабілітаційних дій, які слід проводити дитині.

У карті хворого, який вибув зі стаціонару, має бути:

Температурний листок (див. додаток 5), який заповнює медична сестра.

У листку лікарських призначень (див. додаток 6) лікар фіксує:

- лікувально-охоронний режим;
- дієтичне харчування;
- лікарські засоби та препарати, що їх отримувала хвора дитина, із зазначенням методів уведення препарату (перорально, внутрішньом'язово, внутрішньовенно), дози і кратності введення;
- призначені додаткові дослідження з датою проведення.

медична сестра:

- зазначає час вживання хворим препарату або час ін'єкції, а також дату виконання додаткових досліджень, призначених лікарем, і ставить підпис.

При направленні дитини на консультацію до діагностичних кабінетів або в лабораторію на здачу матеріалів (кров, сеча, кал, мокротиння тощо) заповнюють **форму 028—1/о**, (див. додаток 9). У ній обов'язково вказують прізвище, ім'я, вік дитини, номер історії хвороби, діагноз, назву відділення і досліджень, які слід провести.

Якщо лікар чи середній медичний персонал виявив чи запідозрив у відділенні інфекційне захворювання, заповнюється **форма екстреного повідомлення в «Київський міський лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України»** (див. додаток 10). До журналу заносяться паспортні дані хворої дитини, діагноз інфекційного захворювання, дату захворювання, контактних осіб та вжиті заходи.

Профілактична та лікувальна робота, яку проводять у стаціонарах дитячих лікувальних установ, фіксується у відповідній **звітній медичній документації**. Її готують та здають поквартально, за півроку та за рік. Річний звіт включає всі види діяльності установи за звітний період.

Оформляються звіти чітко, розбірливо, у відповідності до чинних інструкцій. Відповідальність за надану інформацію несе особа, яка готувала та заповнювала звіт.

NB! Медична документація є в паперовому та електронному форматі.

Функціональні обов'язки середнього та молодшого медичного персоналу в дитячій лікарні

Перелік обов'язків медичної сестри стаціонару:

1. Проведення оціночних заходів щодо визначення стану пацієнта.
2. Складання плану догляду.
3. Виконання функціональних процедур з лікування, профілактики, призначених лікарем.
4. Виконання допоміжних дій під час проведення лікарем операцій, лікувальних маніпуляцій. Ці дії можуть здійснюватися в амбулаторії або стаціонарі.
5. Створення умов для виконання лікарських призначень.
6. Надання допомоги до моменту появи лікаря. Цей обов'язок виконується, коли захворювання має гострий характер або сталася катастрофа.
7. Забезпечення безпеки медикаментів. Також вона повинна вести облік і в разі закінчення терміну придатності списати препарати.
8. Вести облікове та звітне діловодство. Порядок та правила встановлюються законодавчими актами та керівництвом лікарні.
9. Введення медикаментів. Це потрібно виконувати відповідно до призначень лікаря та встановленого порядку необхідних дій, ґрунтуючись на стані пацієнта.
10. Збирати та утилізувати відходи від медикаментів.
11. Проводити фізіотерапію.

12. Стерилізувати медінструменти.
13. Забезпечувати гігієнічний режим у приміщенні медичного закладу.

Загальні положення про посаду молодшої медсестри

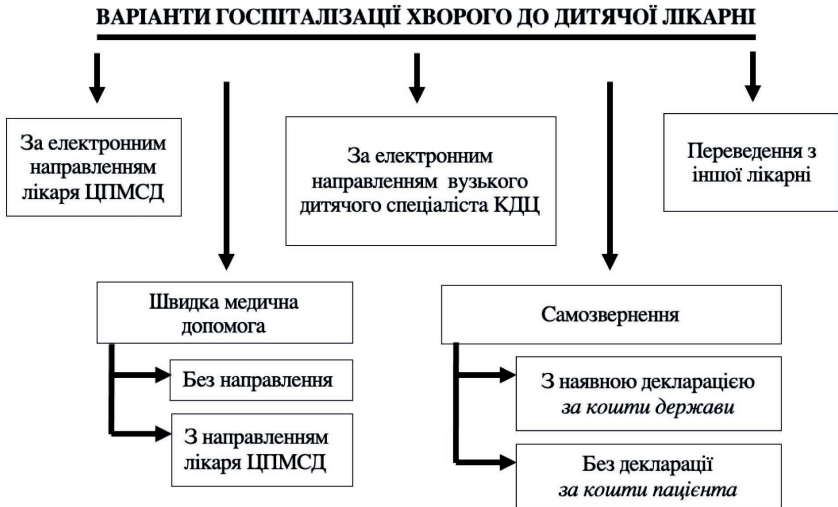
Посада молодшої медсестри виникла порівняно недавно. Зі штату лікувальних закладів поступово виводять ставку санітарки, на зміну яким приходять молодші медсестри по догляду за пацієнтами. Таким чином, цей фахівець практично виконує роль санітара із дещо розширеними функціями. Молодша медсестра не обов'язково має закінчувати медичний коледж чи технікум. У деяких лікарнях на цю посаду приймають без вимог до стажу та освіти, проте іноді може знадобитися сертифікат про проходження спеціальних курсів.

Молодші медсестри працюють у всіх сферах медицини: у хірургічних та терапевтичних стаціонарах, у галузі психіатрії, у приймальних відділеннях тощо.

Функціональні обов'язки молодшої медичної сестри стаціонару:

- доглядати за хворими (мінати натільну та постільну білизну, мити пацієнтів, годувати їх, міняти підгузники та подавати судно тощо);
- здійснювати транспортування пацієнтів в діагностичні та інші підрозділи; транспортувати тяжкохворих пацієнтів;
- обробляти інструменти, предмети догляду та посуд пацієнтів відповідно до правил асептики та антисептики;
- стежити за чистотою у довірених їй палатах (проводити поточне та генеральне прибирання в палатах);
- надавати допомогу лікарям та іншим медичним сестрам у здійсненні лікувально-діагностичних заходів;
- стежити за комфортом пацієнтів;
- проводити прості медичні маніпуляції (постановка компресів, накладання нескладних перев'язок, антропометрію тощо).

Система госпіталізації дитини до дитячої лікарні. Структура, організація роботи та документація медперсоналу в приймальному відділенні



У приймальному відділенні повинна бути така організаційно-функціональна структура і кількість приміщень, яка б відповідала профілю та потужності стаціонару.

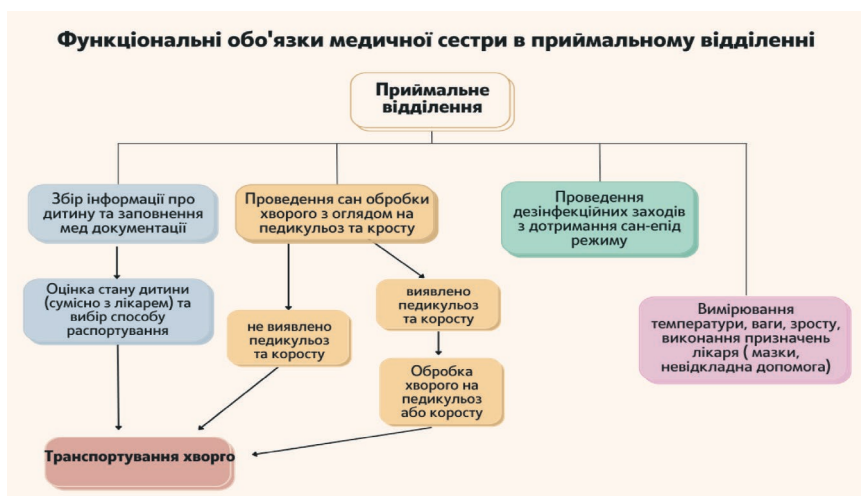
Структура приймального відділення:

1. Приміщення для очікування.
2. Реєстратура.
3. Оглядові кабінети (зазвичай декілька).
4. Діагностичний кабінет боксований, з окремим входом та санвузлом.
5. Ізолятор.
6. Санпропускник (де проводять санобробку хворого).
7. Кабінет чергового лікаря.
8. Пост чергової медсестри.
9. Санвузол для хворих та медперсоналу.
10. Багатопрофільні лікарні можуть мати перев'язувальну, іноді – малу операційну, рентген-кабінет, лабораторію, склад для зберігання одягу хворих.

11. Кімната побачень для пацієнтів та відвідувачів зі стендом, де розміщена необхідна та корисна інформація.

Функції приймального відділення

1. Прийом хворих дітей до дитячої лікарні.
2. Огляд хворої дитини лікарем, об'єктивне обстеження та первинна діагностика.
3. Реєстрація хворих, визначення відділення для подальшої госпіталізації.
4. Проведення санітарної обробки хворих дітей.
5. Транспортування пацієнтів у лікувальне відділення.
6. Здійснення довідково-інформаційної роботи.
7. Надання невідкладної допомоги дитині (у разі потреби).
8. Батьків дитини попереджують про необхідність дотримання внутрішньолікарняного режиму.



Огляд хворого на педикульоз та коросту і проведення санобробки

У приймальному відділенні може працювати молодша медична сестра, яка повинна виконувати усі функціональні обов'язки медсестри приймального відділення, окрім виконання призначень лікаря по введенню лікарських засобів, що потребують середньої медичної освіти.

Покроковий алгоритм роботи приймального відділення

1. Хвору дитину реєструють в журналі госпіталізації та заповнюють титульну сторінку медичної карти стаціонарного хворого.
↓
2. Дитину оглядає лікар, який записує дані анамнезу та об'єктивного обстеження в історію хвороби.
↓
3. Лікар визначає первинний діагноз захворювання і надає необхідну медичну допомогу.
↓
4. Дитині вимірюють температуру тіла, визначають зріст, масу тіла, вимірюють обвід голови та грудної клітки.
↓
5. Проводять санітарну обробку дитини (обсяг визначає лікар) з оглядом її на педикульоз і коросту.
↓
6. Транспортування хворої дитини.

Якщо стан хворої дитини вимагає екстреної медичної допомоги – спочатку надається допомога у відділенні реанімації або в палаті інтенсивної терапії, минаючи приймальне відділення.

У приймальному відділенні дитячої лікарні заповнюють таку документацію:

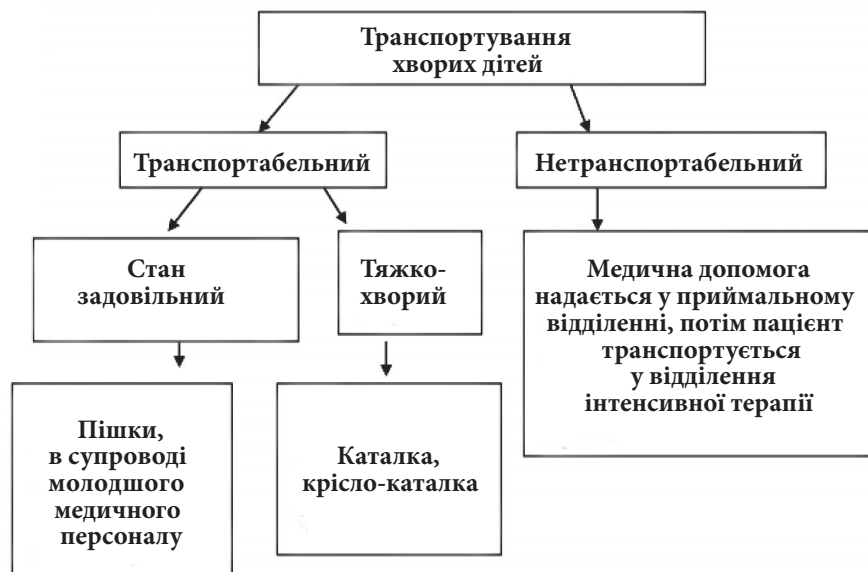
- Журнал реєстрації хворих, яких доставлено до стаціонару, та відмови від госпіталізації – облікові форми 001/о, 001-1 /о.
- Медична карта стаціонарного хворого – облікова форма 003/о.
- Статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару, – облікова форма 066/о.
- Листок лікарських призначень – облікова форма 003-4/о.
- Температурний листок – облікова форма 004/о.
- Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення - облікова форма 058/0.
- Журнал обліку інфекційних захворювань – облікова форма 060/о.

Схема транспортування хворих у межах дитячої лікарні

Після оформлення хворої дитини до стаціонару її транспортують до відділення, враховуючи загальний стан. Рішення про спосіб транспортування приймає лікар.

Транспортабельні хворі – це хворі, яких можна транспортувати без шкоди для здоров'я, але вибравши вірний спосіб пересування.

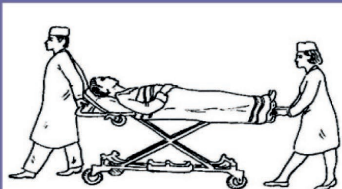
Нетранспортабельні – це тяжкохворі, яким невідале транспортування може спричинити загрозу для життя та здоров'я.



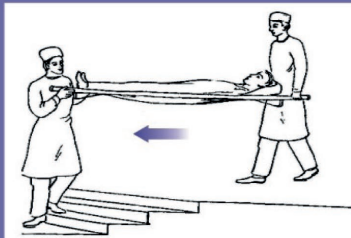
Транспортування хворих у відділення здійснюють:

- пішки, у супроводі медпрацівника;
- у кріслі-каталці;
- на ношах;
- на руках у батьків або медперсоналу.

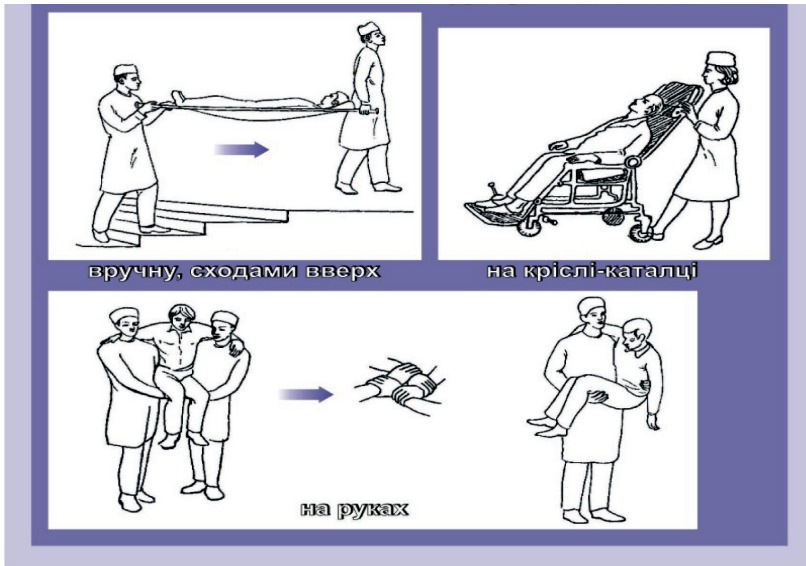
Транспортування хворого у відділення



на ношах-каталці



вручну, сходами вниз



Алгоритм санітарного контролю у приймальному відділенні

Методика санітарного контролю дітей, які підлягають госпіталізації, включає:

1. Огляд тіла та голови хворої дитини на педикульоз та коросту;
2. Обробка дитини у разі виявлення педикульозу та корості;
3. Підстригання нігтів, волосся;
4. Проведення гігієнічної ванни, душу або обтирання, залежно від загального стану дитини;
5. Перевдягання хворого в чистий лікарняний одяг.

Повна санітарна обробка дитини проводиться у випадку, коли госпіталізується безпритульна дитина або дитина із соціально-неблагополучної сім'ї.

Санітарно-гігієнічні вимоги і дезінфекційні заходи, що передбачені для обробки приймального відділення:

Перед оглядом дитини медпрацівник повинен провести гігієнічне миття та дезінфекцію рук. За необхідності надіти гумові рукавички.

Після огляду дитини, проводять обов'язкову обробку предметів (шпателі, термометри) і меблів (кушетки, стільці та ін.), яких торкався хворий. Клейончасту подушку і клейонки на кушетці після кожного хворого обробляють 0,2 % розчином хлорантоїну або іншим дезінфекційним засобом, а простирадла змінюють.

Методика виявлення, обробки дітей, хворих на педикульоз, та оформлення відповідної документації

Послідовність дій при огляді дитини на педикульоз:

1. Одягнути на медичний халат одноразовий фартух та рукавиці.
2. Взяти в одну руку густий гребінець, в іншу – лупу.
3. Посадити дитину на стілець, щоб голова знаходилась безпосередньо біля вікна або джерела максимального штучного освітлення.
4. Гребінцем відділяти окреме пасмо волосся та оглядати його від коріння до кінчиків на предмет виявлення сухих або живих гнид та дорослих вошей.

Живоспроможні дорослі воші легко визначаються по їх можливості швидко перескакувати по поверхні волосся (рис.1).

Диференційна діагностика лупи (злущеного епідермісу шкіри голови) та гнид:

1. Лупа легко струшується з поверхні волосся, суха гнида практично «приклеєна» до волосини.
2. Лупа розміщується найчастіше ближче до кореня волосся та шкіри голови, сухі гниди – по всій довжині волосся (рис.2).
3. Колір лупи – білий, сухі гниди – біло-сірого кольору, живі гниди – темно-сірі.
4. Живі гниди, як і сухі, не струшуються і розміщені по всій довжині волосся.
5. При притисканні живої гниди до нігтя чути характерний тріск.



Рис. 1. Живоспроможні воші



Рис. 2. Сухі гниди

Алгоритм санітарної обробки хворого при виявленні педикульозу

1	2
Мета	запобігання розповсюдженню інфекції
Місце проведення	санітарна кімната приймального відділення
Показання	наявність вошей і гнид
Оснащення	<p><u>Укладка для огляду на педикульоз:</u> Настільна лампа, лупа, густий гребінець, дезрозчин</p> <p><u>Протипедикульозна укладка:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Клейончатий мішок для речей пацієнта – Лоток для спалювання волосся, спиртівка – Клейончаті пелерина та фартух – Гумові рукавички, маска – Ножиці, густий гребінець, машинка для стрижки волосся – Косинка бавовняна та поліетиленова (2-3 штуки) – Вата, столовий оцет – Препарати для дезінсекції – Дезрозчин
Попередня підготовка до виконання	<p>Психологічна підготовка пацієнта і отримання згоди (від батьків якщо це дитина).</p> <p>Запропонувати пацієнту присісти на кушетку, розміщену біля джерела світла і застелену медичною клейонкою.</p> <p>Перевдягнути халат, медичну шапочку, надіти маску, гумові рукавички.</p>

1	2
Послідовність дій	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ретельно нанести препарат для дезінсекції на волосся. 2. Покриваємо волосся спочатку бавовняною, а потім поліетиленою хусткою. Експозиція 20-30 хвилин (згідно з інструкцією до препарату). 3. Ретельно промиваємо волосся теплою водою з шампунем, або туалетним милом. 4. Оглядаємо волосся на наявність гнид. Для видалення з волосся гнид – змочуємо волосся теплим 0,9 % розчином оцту. 5. Голову знову пов'язати поліетиленою, а зверху бавовняною хусткою. Експозиція 20-30 хвилин. 6. Волосся промити теплою водою. 7. Вичесати густим гребінцем загиблих вошей та їх гниди. 8. Провести повну санітарну обробку пацієнта: миття тіла теплою водою з милом та мачуло. 9. Надягнути на пацієнта чистий одяг. <p>Пацієнта оглянути через 7 днів, при необхідності провести повторну обробку. Дітей з палати також оглянути на педикульоз.</p>
Документація	<p>Термінове повідомлення форма 058/о. Журнал обліку інфекційних захворювань. На титульному листі історії хвороби зробити відповідний запис про виявлення педикульозу. Вказати спосіб санітарної обробки.</p>
Санітарно-протиепідемічний режим у палаті	<p>Одяг пацієнта складають у мішок, заповнюють квитанцію у двох примірниках з точним описом речей. Один примірник здають до дезінфікуючої камери з речами для дезінсекції, другий – вклеюють в історію хвороби. Халат, хустину, маску, в якій працювала медична сестра складають у мішок і відправляють у дезінфікуючу камеру. Знімають рукавички, а руки миють з милом та просушують.</p>

Засоби та методи обробки хворої дитини на педикульоз:

Згідно з наказом МОЗ Укаїни № 38 від 28.03.1994 р. протипедикульозні заходи поділяються на:

Механічні: вичісування вошей та їх яєць густрим гребінцем; обстригання або гоління (волосся збирають на папір та спалюють).

Хімічні: обробка волосся педикульоцидами:

- емульсія бензилбензоату (10-30 мл 20-30 хв);
- мильно-сольвентова емульсія (30-50 мл, 30 хв);
- Нітіфор (50-60 мл, 40 хв);
- Лонцид (30-50 мл, 30 хв) та ін.

Фізичні: обробка білизни та речей хворого високою температурою (кип'ятіння, прасування або камерний спосіб).

Перелік сучасних засобів та правила обробки волосся хворих на педикульоз:

- суспензія водно-мильна бензилбензоату 20 % (10-30 мл);
- При педикульозі емульсію на 30 хв наносять на волосяну частину голови, злегка втираючи в шкіру і волосся; голову пов'язують хусточкою. Після цього препарат змивають проточною водою і споліскують теплим 5 % розчином оцту. Далі волосся миють з милом або шампунем і розчісують густим гребінцем, щоб видалити гниди.
- Ефективність обробки визначають через добу, за потреби процедуру повторюють.
- Дітям до 5 років препарат розводять кип'яченою водою (1:1).
- мазь бензилбензоату 10-20 %;
- «Нок» крем-шампунь (1 % розчин перметрину);
- «Педілін» емульсія або шампунь (0,5 % розчин малатіона);
- «Пара плюс» аерозоль – комбінований препарат, який містить малатіон, перметрин, піперонілу бутоксид;
- «Рід» шампунь (0,5 % розчин малатіона);
- «Анти-біт» шампунь (0,5 % розчин малатіона);
- «Ітакс» пінистий лосьйон або аерозоль (3 % розчин фенотрину);
- «Нікс» шампунь (3 % розчин перметрину)

Обробка одягу:

- кип'ятіння в 2 % розчині кальцинованої соди протягом 15 хв;
- потім дезінфекція шляхом прожарювання в спеціальній камері.

Процедуру обробки хворого на педикульоз слід повторити через 7–10 днів.

Виявлення у дитини педикульозу фіксують в історії хвороби, а інформацію про це передають екстреним повідомленням (див. додаток 10) в «Київський міський лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Визначення проявів та правила обробки дітей, хворих на коросту

У дитини з підозрою на коросту насамперед оглядають ділянки тіла, найбільш схильні до ураження: **кисті рук, бокова поверхня пальців, міжпальцеві складки, нижня частина живота, внутрішня поверхня стегон, різні складки тіла**. Часом у дітей бувають і нетипові локалізації ходів коростяного кліща (рис. 3).



Рис. 3. Локалізація ходів коростяного кліща на тілі дитини

Санітарна обробка при виявленні коросту включає обробку хворого спеціальними засобами відповідно до інструкції.

Алгоритм санітарної обробки хворого при виявленні коросту

1	2
Мета	запобігання розповсюдженню інфекції
Місце проведення	санітарна кімната приймального відділення

1	2
Показання	Свербіж характерний увечері під час сну (розчухи на шкірі). Специфічні ураження на шкірі (коростяні ходи, везикули на типовій локалізації: кисті рук – між пальцями, бокові поверхні пальців, згинальна поверхня верхніх та нижніх кінцівок, передня поверхня грудей – соски, і живота – навколо пупка, попереку, сідниці, передні стінки пахових ямок та ділянка геніталій. У дітей грудного віку – долоні, підошви, шия.
Оснащення	Лампа денного світла, лупа Халат, клейончастий фартух, гумові рукавиці Господарське мило та один із засобів обробки: крем бензилбензоат 25 %
Попередня підготовка до виконання	Психологічна підготовка пацієнта і отримання згоди від батьків дитини на обробку. Запропонувати пацієнту присісти на кушетку розміщену біля джерела світла і застелену медичною клейонкою. Перевдягнути халат, медичну шапочку, надіти маску, гумові рукавички.
Послідовність дій	Ретельно оглянути ділянки шкіри. Крем бензилбензоат 25 % місцево. Видавлюють крем з тюрбика та втирають у шкіру. Спочатку обробляється шкіра лівої та правої верхніх кінцівок, тулуба (за винятком шкіри обличчя та волосистої частини голови, а потім шкіру нижніх кінцівок, підошви та пальці ніг. Після обробки пацієнтові не варто мити руки протягом 3-х годин. Після закінчення обробки на пацієнта надягають чисту білизну та змінюють постільну білизну. Обробку проводять 1 раз на добу, протягом 3-х днів. Через 3 дні пацієнта миють з милом та надягають чисту білизну.
Санітарно-протиепідемічний режим	Після переведення хворого до відділення у приймальному відділенні проводиться вологе прибирання із застосуванням 2 % мильно-содового розчину (200,0 кальцинованої соди + 200,0 господарського мила + 10 літрів гарячої води). Знезараження постільних речей, рушників, білизни проводиться кип'ятінням в 1-2 % розчині соди, або будь-якому пральному порошку протягом 5-10 хвилин з моменту закипання.

1	2
Санітарно-протиепідемічний режим у палаті	Щоденно проводять вологе прибирання 1-2 % мильно-содовим розчином підлоги та протирають предмети, якими користувався хворий. Після закінчення лікування хворого проводять дезкамерну обробку матрацу, подушки, ковдри, якими він користувався. Верхній одяг чистять пілососом.
Медична документація	На кожного хворого заповнюється екстрене повідомлення форма 058/о і направляють в СЕС. Результати спостереження заносяться до журналу огляду на педикульоз і коросту та журналу нагляду за контактними. Спостереження за контактними протягом 45 днів (1 раз на 10 днів).

Перелік сучасних препаратів для обробки дитини при виявленні корости:

- суспензія водно-мильна бензилбензоату 20 % (10-30 мл);
- мазь бензилбензоату 10-20 %;
- «Спрегаль» аерозоль (есдепалетрін і піперонілу бутоксид);
- «Спрей-пакс» аерозоль (екстракт піретруму і піперонілу бутоксид);
- «Ітакс» лосьйон або аерозоль (3 % розчин фенотрину);
- «Нікс» шампунь (3 % розчин перметрину);

Контрольні питання до теми

1. Яка сучасна організація педіатричної служби в Україні та між-рівнева взаємодія між закладами охорони здоров'я для дітей через формування електронного направлення?
2. Як оформляється Декларація на дитину для використання медичних гарантій від держави по наданню безкоштовної медичної допомоги населенню, на якому рівні та з яким лікарем можна її укласти?
3. Які існують варіанти госпіталізації хворих дітей до приймального відділення дитячої лікарні?
4. Структура та функції приймального відділення дитячої лікарні, правила прийому хворих дітей.

5. Структура та функції неінфекційного відділення дитячої лікарні, перелік медичної документації приймального та стаціонарного відділень дитячої лікарні.
6. Способи транспортування хворих з приймального відділення до стаціонару.
7. Функціональні обов'язки медичної сестри та молодшого медперсоналу в приймальному відділенні.
8. Що входить в санітарну обробку дитини в приймальному відділенні?
9. Що входить до протипедикульозної укладки? Як провести огляд та обробку хворого з педикульозом?
10. Перелічити засоби, що використовуються при обробці пацієнтів, хворих на коросту. Які особливості огляду дитини при виявленні корости?

Тестові завдання

1. Назвати інсектицидні препарати, які використовують при виявленні педикульозу:
 - А) 0,5 % розчин малатіона
 - Б) 20 % розчин бензилбензоату
 - В) 2 % розчин соди (кальцинованої)
 - Г) 0,9 % розчин оцту
 - Д) Усі перелічені вірні
2. Основними функціями амбулаторії є:
 - А) Лікувальна робота
 - Б) Профілактична робота
 - В) Протиепідемічна
 - Г) Все перераховане
 - Д) Нічого з перерахованого
3. Що таке дитяча клінічна лікарня?
 - А) Стаціонар, об'єднаний з поліклінікою
 - Б) Лікарня, в якій є відділення різного профілю
 - В) Лікарня, в якій здійснюється науково-дослідна робота
 - Г) Лікарня, в якій здійснюється лікувальна і науково-дослідна робота

- Д) Лікарня, що здійснює консультативний прийом
4. Який документ не оформляють у приймальному відділенні?
- А) Журнал госпіталізації
 - Б) Журнал відмови від госпіталізації
 - В) Журнал диспансерної групи
 - Г) Історія хвороби
 - Д) Статистичний талон
5. До структури стаціонару не входить:
- А) Приймальне відділення
 - Б) Лабораторія
 - В) Кабінет здорової дитини
 - Г) Фізіотерапевтичне відділення
 - Д) Кабінет функціональної діагностики

Рекомендована література

Основна література

1. Догляд за хворими (практика) : підручник / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко та ін.; за ред. О. М. Ковальнової, В. М. Лісового, С. І. Шевченка, Т. В. Фролової. 3-є вид., випр. Київ: Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2015. С. 273–289.
2. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій: навчальний посібник / В. С. Березенко, О. В. Тяжка, А. М. Антошкіна та ін. 3-є видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2018. С. 5–14, 16–20, 20–24.
3. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>
4. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». URL : https://zakononline.com.ua/documents/show/374224___480818
5. Наказ МОЗ України від 31.08.2004 № 437 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і дошпитальному етапах». URL : <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ3820>

6. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0131282-12#Text>
7. Наказ МОЗ України від № 801 «Положення про амбулаторію». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1168-16#Text>
8. Наказ МОЗ України від 30.12.2011 № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1008282-11#Text>

Додаткова література

1. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / Л. С. Савка, Л. І. Разінкова, О. І. Коцар, Л. М. Ковальчук, О. В. Кононов. 4-е видання. Київ : Видавництво «Медицина», 2018. 600 с.
2. Сестринська справа : підруч. / Н. М. Касевич, І. О. Петряшев, В. В. Сліпченко та ін.; за ред. В. І. Литвиненка. 3-є вид., випр. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2017. 816 с.
3. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2019. 392 с.
4. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів / В. Г. Майданник, В. Г. Бурлай, О. З. Гнатейко та ін.; за ред. проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид., випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 872 с.
5. Електронний ресурс. URL : <https://www.medsprava.com.ua/article/138-porjadok-dotrimannja-sanitarno-protiepidemichnogo>



Розділ II

ЛІКУВАЛЬНО-ОХОРОННИЙ ТА САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ ЗАХИСТ ХВОРИХ ДІТЕЙ У СТАЦІОНАРІ. ДОГЛЯД ЗА ТЯЖКОХВОРИМИ ДІТЬМИ

Актуальність

Санітарно-протиепідемічний режим у дитячому стаціонарі відіграє величезну роль для протиінфекційного захисту хворих. Мета санітарно-протиепідемічного режиму – профілактика внутрішньо-лікарняних інфекцій, які можуть виникнути внаслідок порушень правил асептики та антисептики. Дотримання санітарного режиму з підтриманням відповідного мікроклімату у стаціонарі входить в обов'язки середнього та молодшого медичного персоналу.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень

Скорочення	Термін	Визначення
1	2	3
ВЛІ	Внутрішньо-лікарняна інфекція (нозокоміальна, госпітальна)	Будь-яке інфекційне захворювання, що виникло у хворого під час лікування чи обстеження в лікарняному закладі після 48 годин перебування в стаціонарі, якщо ознаки хвороби були відсутні на момент надходження в стаціонар, а також, якщо пацієнт не перебував в інкубаційному періоді.

1	2	3
ХЗІА	Халати захисту від інфекційних агентів	Засіб індивідуального захисту, який одягають, щоб захистити відкриті ділянки тіла й одягу медичного працівника від забруднення біологічними рідинами.
	Санітарно-гігієнічний та протиепідемічний режим	Організаційні, санітарно-профілактичні та протиепідемічні заходи, що запобігають виникненню та поширенню внутрішньолікарняної інфекції.
ЛР	Лікувально-охоронний режим	Лікування основного захворювання, до комплексу якого входить забезпечення оптимального режиму, психологічного спокою з метою відновлення фізіологічних функцій центральної нервової системи та її вегетативного відділу.
	Дезінфекція	Знищення збудників хвороб і забезпечення умов, що перешкоджають їх поширенню.
	Дезінсекція	Знищення комах-переносників інфекційних хвороб.
	Стерилізація	Знищення вегетативних та спорових патогенних та не патогенних мікроорганізмів у стерилізуючому матеріалі.
	Гігієна медичного персоналу	Включає три основні елементи – особиста гігієна, гігієна професійного одягу та робочого місця, гігієна виконання медичних маніпуляцій.
	Пролежні	Змертвіння м'яких тканин на місцях, що містяться між виступаючими частинами скелета та поверхнею постелі в ослаблених та тяжкохворих, які тривалий час перебувають у нерухомому положенні.

Поняття про лікувально-охоронний режим у дитячій лікарні

Кожен дитячий лікувальний заклад має визначений порядок, так званий внутрішньолікарняний режим. Найважливішими умовами **лікувально-охоронного режиму** є щадіння психіки хворої дитини та матері, яка (у разі хвороби дитини віком до 3-х років) має право доглядати за нею у стаціонарі, створення сприятливих умов для максимального фізичного та психологічного спокою хворих.

Для цього встановлюється раціональний режим (розпорядок) дня з урахуванням профілю відділення та віку хворих дітей. Ним

передбачено, зокрема, дотримання тиші (не шуміти, не вести голосні розмови, не грукати дверима тощо). Зміну персоналу, прибирання приміщень, вимірювання температури тіла проводити тільки після пробудження хворих, не раніше 7-ї години ранку. Важливим є також запобігання негативним емоціям, які можуть виникнути у хворих від бачення закривавленої білизни, шприців та скальпелів, емкостей, наповнених брудними бинтами, ватою тощо.

Важливе значення має **організація дозвілля хворих дітей**: різноманітне оснащення **ігрових кімнат**, активне впровадження у вільний від лікувально-діагностичних процедур час розвиваючої та розважальної **діяльності вихователів**, які є в штаті кожного відділення дитячого стаціонару. Обов'язковим є використання спеціального дитячого дизайну оформлення приміщень: наявність інформаційних стендів, пам'яток щодо дотримання здорового способу життя, правильного вигодовування немовлят тощо, з якими можуть ознайомитися батьки хворих дітей, та й самі діти старшого віку (рис. 4). Складовою лікувально-охоронного режиму у дитячому стаціонарі є також **прогулянки** на свіжому повітрі під наглядом вихователів, особливо влітку.



Рис. 4. Дизайн оформлення приміщень дитячого відділення стаціонару

Гігієнічні та виховні вимоги до іграшок та ігрового матеріалу

Необхідну дитині ігрову діяльність повинна забезпечувати іграшка. Вона допомагає їй входити в певну роль, активізує діяльність, приносить естетичне задоволення. Освітнє та оздоровчє значення іграшки у розвитку дитини важко переоцінити. Адже

здавна іграшки використовують для естетичного, морального, розумового та фізичного виховання.

З урахуванням використання іграшок розроблена їх класифікація:

- Моторно-спортивні і тренувальні (м'яч, круг, кеглі, пірамідки, мозаїка та ін.);
- Сюжетні, іграшки-образи: людини, тварини, транспорту, меблів;
- Творчо-трудова – напівфабрикати, з яких дитина сама створює образ і потім грається;
- Технічна іграшка, якій властива умовність;
- Настільні ігри (парні картинки, лото, шашки, шахи, ігри-подорожі тощо);
- Весела іграшка, що призначена для забав, розваг (зайчики, «клоуни», птахи, народні іграшки);
- Музичні;
- Театральні (набори для ігор-драматизацій).

Існують й інші класифікації іграшок, у яких враховується вид сировини, розміри, функціональні властивості, художньо-образне вирішення та ін.

Іграшки повинні відповідати таким вимогам:

- педагогічній доцільності;
- художній досконалості;
- гігієні.

Підбираючи іграшки для дитини слід враховувати її вік, індивідуальні особливості та поставлені виховні завдання. Крім того, іграшка має бути зручною та безпечною для здоров'я, відповідати гігієнічним нормам, тобто бути виготовлена з нетоксичних та неалергічних матеріалів. А також витримувати чищення.

Враховуючи це, МОЗ України та Міністерство освіти України затвердили нормативно-технічний документ, згідно з яким постійно здійснюється санітарний нагляд за виробництвом, реалізацією і використанням іграшок, вимоги якого стосуються матеріалу, форми, маси, розмірів, забарвлення, оздоблення, запаху, стійкості та дезінфекції.

Особлива увага до використання іграшок, їх безпечності та дезінфекції приділяється в лікувальних закладах.

Як правило, нові іграшки перед використанням слід добре вимити з милом під проточною водою при температурі +37°C, віджати (окрім м'яких) та висушити на повітрі.

Іграшки, якими діти граються в групі, треба мити щодня щіткою в гарячій воді з милом або 2 % розчином питної соди у спеціальній промаркованій ємкості, прополоскати під проточною водою при температурі +37°C та висушити. Для дітей раннього віку це роблять двічі на добу, дошкільнятам – раз наприкінці дня.

Ляльковий одяг перуть і прасують у міру забруднення.

М'які іграшки: дезінфікують бактерицидними лампами щодня наприкінці дня протягом 30 хв на відстані 25 см від інших іграшок у приміщенні, де немає дітей. Чисті, не використовувані, іграшки зберігають в окремій шафі у місці, передбаченому для зберігання чистих речей.

Санітарно-охоронні правила використання дітьми гаджетів

Незважаючи на висновки спеціалістів, які довели негативний вплив на психіку дитини від тривалого перегляду телевізора чи гри на планшеті, їх використання з роками лише поширюється. Дітям пропонується безліч інтерактивних та соціальних додатків, які начебто спрощують життя, вчать чогось нового, а з іншого боку – несуть неабиякі ризики для нестабільної психіки дитини.

Позитивний вплив гаджетів:

- Опанування та застосування необхідних знань та ідей;
- Формування соціальних зв'язків;
- Створення знайомств, контактів;
- Сприяє ранньому розвитку та розширенню кругозору.

Негативний вплив гаджетів на підлітків та дітей полягає у наступному:

- Після тривалої роботи біля комп'ютера, ноутбука, планшета порушується сон;
- Погіршується концентрація уваги;

- Знижуються здібності до навчання;
- Зростає кількість депресивних станів;
- Збільшується кількість дітей з надлишковою масою тіла;
- Діти отримують небезпечну для їхнього віку інформацію зі сценами жорстокості та насилля, порнографічного характеру, пропаганди куріння чи алкоголізму;
- Особисті дані користувачів відкриті для широкого загалу.

Розроблені **Американською педіатричною академією** рекомендації регламентують час користування телефоном, а також умови його застосування.

Правила використання гаджетів дітьми віком до 5 років:

- не дозволяти користуватися смартфонами та планшетами дітям до 2 років;
- видавати планшет лише у випадку, якщо дитина справді зацікавиться іграми чи відео;
- дітям від 2 до 5 років можна користуватися гаджетами лише одну годину в день;
- заборонити дітям перегляд відео зі сценами жорстокості та ігри з великою кількістю реклами;
- вимикати телевізори, комп'ютери, телефони, якщо ними не користуєтесь;
- не використовувати телефон чи планшет для вгамування істерик. Інакше дитина може маніпулювати цим та не зможе самостійно справлятися з критичними станами;
- перед початком гри перевірити додатки та грати разом з дитиною;
- не користуватися гаджетами як мінімум за годину до сну.

Враховуючи ці рекомендації можна дозволяти дітям користуватися якісними програмами гаджетів лише 1 годину в день під контролем дорослих і переглядати їх разом з ними.

Не використовувати планшет або телефон, щоб заспокоїти дитину, корисніше навчити її справлятися з емоційними станами самостійно, займатися дихальними вправами або чимось іншим заспокійливим та відволікаючим.

Батьки повинні уважно спостерігати за поведінкою своїх дітей і, якщо потрібно, звернутися за професійною допомогою, включаючи сімейного педіатра.

Режим дня здорової та хворої дитини

Режим дня – з французької означає «точно встановлений порядок життя». Він дозволяє збалансувати періоди активності і відпочинку, сну і прийомів їжі, навчання та гри, праці й прогулянки. Розпорядок дня традиційно є невід’ємною частиною виховання дітей. Набуті навички в управлінні своїм часом стануть у нагоді дитині завжди і всюди: у школі, в спорті, у спілкуванні з ровесниками. Це перший етап становлення характеру дитини.

Переваги дотримання розпорядку дня:

1. Своєчасний прийом їжі, обов’язкові прогулянки, необхідна кількість сну – стають запорукою здоров’я дитини;
2. Зміцнюється імунітет – організм звикає до порядку – сон стає глибоким, апетит хорошим;
3. Режим допомагає уникати хаосу, метушні, безпорадності, несподіванок, що робить дітей спокійнішими, упевненішими;
4. Дитина звично виконує свої обов’язки без додаткових вказівок і нагадувань;
5. Діти краще адаптуються в новій обстановці (дитячий садок, школа);
6. Розвиває навички самодисципліни, що допоможе дитині у дорослому житті;
7. Обов’язкові заняття виконуються автоматично, тому можна приділити більше часу відпочинку, іграм тощо.

Тобто розпорядок дня вибудовується для задоволення основних потреб дитини у певний період розвитку. Він змінюється по мірі дорослішання дитини. Так, у дитсадку він формується з навчальних занять, ігор, прогулянок, денного сну, харчування, самообслуговування, загартовування та гігієнічних процедур. Раціонально організоване чергування рухової активності, навчального навантаження, обсягу пізнавальних занять сприяє

гармонійному розвитку дошкільнят. І не тільки в дошкільному закладі, а й удома, що є запорукою нормального фізичного розвитку дитини, зміцнення її здоров'я, підтримання високого рівня фізичної і розумової працездатності. Усталений ритм життя сприяє також нормальному перебігу всіх фізіологічних процесів у організмі.

У той же час порушення режиму, до чого особливо чутливі діти дошкільного віку, знижують працездатність, спричиняють розлади діяльності і поведінки дітей: вони стають роздратованими, вередливими. Наразі проблема підготовки дітей до школи є особливо актуальною у зв'язку зі стійкою тенденцією погіршення здоров'я дітей та підлітків.

Хвора дитина поводить себе по-іншому, ніж здорова.

У здорової дитини нормальна реакція на зовнішні обставини: вона сміється, коли їй радісно, плаче, коли боляче, цікавиться іграшками, спілкується з батьками чи однолітками та грається. Хворий малюк стає плаксивим, роздратованим, його нічого не цікавить, він не хоче спілкуватися, відмовляється від їжі. Іноді навіть втрачає набуті навички: не проситься на горщик, не хоче самостійно їсти тощо. У дитини внаслідок хвороби може ослабнути пам'ять, порушитися мова.

Тому дуже важливо вибудувати правильно режим хворої дитини. Велике значення має тривалість сну, хвора дитина повинна спати двічі, а то й тричі на день. Не менш важливою є обстановка навколо дитини. Потрібно підтримувати чистоту в приміщенні, частіше провітрювати, знизити шуми в квартирі, оточити дитину помірною увагою, без метушні та тривожності, не говорити при ній про хворобу, призначені ліки та процедури, підтримувати у неї бадьорий оптимістичний настрій. Дитину мають оточувати улюблені іграшки.

Лише тривалий сон та спокій потрібні дитині під час гострої стадії захворювання, а в період одужання – протягом 2–4 тижнів – щадний режим, тривалий нічний сон та обов'язково денний.

Норми сну та періодів між снами					
Вік	Період між снами (год,хв)	Денний сон (год)	Кількість денних снів	Нічний сон (год)	Сон за добу (год)
0-1 міс	0,40-0,60	4-14	4-5	5-6+	16-19
1 міс	0,50-1,15	5-8	4-5	8-10	14-17
2 міс	1,00-1,20	6-7	4-5	8-10	14-17
3 міс	1,20-1,35	5-7	4	10-11	15-17
4 міс	1,30-2,00	3-5	3-4	10-12	14-17
5 міс	1,45-2,15	3-4	2-4	10-12	13-16
6 міс	2,15-2,30	2-4	2-3	10-12	13-16
7 міс	2,45-3,00+	2-4	2-3	10-12	13-15
8 міс	3,00-4,00	2-4	2-3	10-12	13-15
9 міс	3,10-4,10	2-3	2	10-12	12-15
10 міс	3,20-4,20	2-3	2	10-12	12-15
11 міс	3,30-4,30	2-3	2	10-12	12-15
12 міс	3,30-4,30+	2-3	1-2	10-12	12-14
13-15 міс	3,30-5,00	2-3	1-2	10-12	12-14
16-24 міс	5,00-6,00	1-3	1	10-11	11-14
3р	5,00-6,00	1-2	1	10-11	11-13
4р	6,00+	1-2	1*	10-11	11-13
4-7р		1-2	1*	9,5-11	10-13
7-10р				10-11	10-11
10-12р				9-11	9-11
12-14р				9-10	9-10

*Багато дітей цього віку можуть обходитись без денного сну, тоді нічний сон повинен досягати добової норми

Поняття про санітарно-гігієнічний режим у дитячому відділенні

За правилами *санітарно-гігієнічного режиму* у всіх відділеннях дитячої лікарні слід **двічі на день** робити загальне вологе прибирання з дезінфікуючими засобами. Починають з протирання тумбочок, ліжок, ручок дверей та ін., а вже потім миють підлогу. Інвентар для прибирання має бути промаркованим відповідно для окремих приміщень і зберігатися в технічній кімнаті (рис. 5).

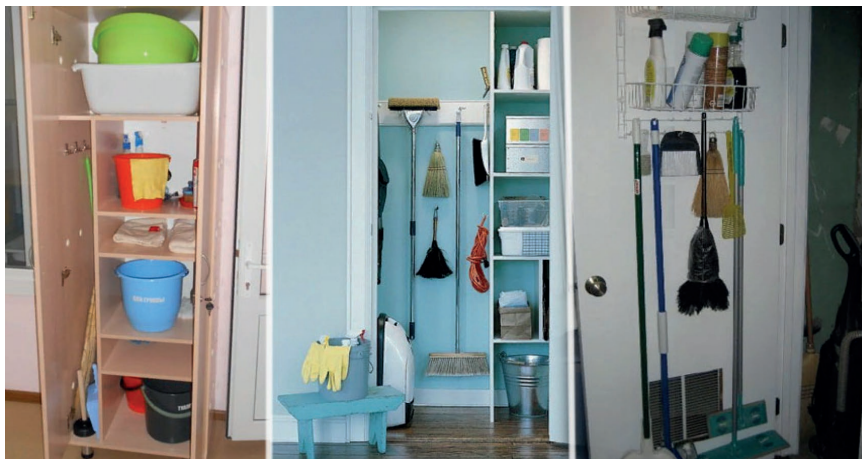


Рис. 5. Технічна кімната для зберігання інвентарю для прибирання

Санітарно-гігієнічними нормами педіатричного відділення стаціонару передбачено виділення кожній хворій дитині:

- ліжка, застеленого чистою білизною;
- приліжкової тумбочки для зберігання особистих речей;
- за необхідності дитині видають горщик або підкладне судно;
- предмети індивідуального користування (поїльник, чашка, одяг);
- у хворих мають бути із собою з дому предмети особистої гігієни.

Хворій дитині забезпечують щоденний туалет: миття рук перед їдою (тяжкохворих умивають біля ліжка). Раз на тиждень (за потреби частіше) хвора дитина приймає *гігієнічну ванну*, їй змінюють нагільну та постільну білизну.

Палати провітрюють **не менше 4 разів** на день у будь-яку пору року та **кварцюють відповідно до графіка**, складеного у відділенні. При цьому дітей треба вивести чи вивезти в інші приміщення (коридор, їдальню, ігрову кімнату).

В інфекційному відділенні вимоги до санітарно-гігієнічних правил більш суворі, щоб виключити можливість інфікування інших хворих.

Санітарно-гігієнічними нормами також передбачено дотримання в палатах температурного режиму: для дітей старшого віку 20-22°C; у палаті для немовлят — 23-24°C, для новонароджених – 25-28°C. Якщо температура нижча палати додатково обігривають зі збереженням

режиму вологості та без перевищення норми, щоб не перегрівати дітей. Освітлення палат може бути природним або штучним (75–100 люкс); рівень шуму не перевищувати 50 дБ.

Діти, відповідно до віку, забезпечуються індивідуальними іграшками, які легко миються.

Відділення для немовлят та дітей грудного віку повинні бути забезпечені спеціальними дитячими ліжками з відкидними спинками, які фіксуються на різній висоті; приліжковими тумбочками, сповивальним столиком (рис. 6), шафою для білизни, ванночками для купання, бачками для замочування брудної білизни, а також мати санвузол.

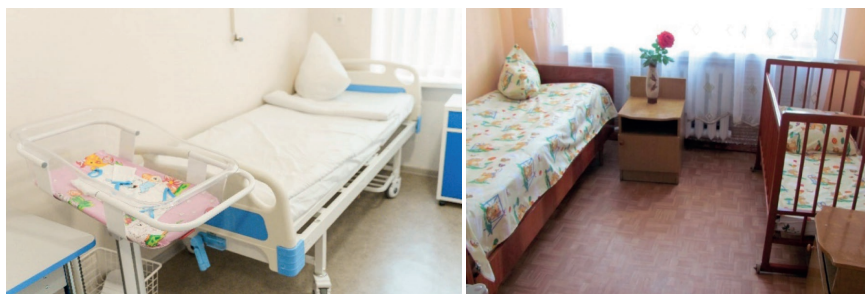


Рис. 6. Обладнання палати відділення для немовлят та дітей грудного віку

Особливої уваги вимагає збирання брудної білизни, **стерилізація сосок та пляшок для дитячого харчування**. Кип'ятіння сосок, миття пляшечок повинна ретельно виконувати молодша медична сестра.

Система протиепідемічного захисту у дитячому стаціонарі

Важливим аспектом діяльності дитячих стаціонарів є запобігання поширенню інфекційних хвороб та виникненню реінфекцій серед дітей. Для цього слідують таким правилам:

1. у хворих при поступленні в лікарню мають бути довідки про епідемічне оточення;
2. у відділенні повинні бути бокси для ізоляції хворих;
3. палати заповнюють поетапно;
4. у відділенні та лікарні слід дотримуватись протиепідемічного режиму.

Крім того, протиенідемічний режим у стаціонарі передбачає:

- суворе дотримання правил прийому на роботу персоналу;
- забезпечення своєчасного проходження обов'язкових профілактичних медичних оглядів;
- виконання персоналом та пацієнтами правил особистої гігієни;
- наявність у відділенні достатньої кількості мийних і дезінфекційних засобів, спецодягу, інвентарю для прибирання та проведення дезінфекції;
- суворе дотримання молодшим персоналом вимог до прибирання і зберігання інвентарю.

Приймання хворих з довідками про епідемічне оточення

Під час госпіталізації дитини в стаціонар обов'язково слід в'ясувати щодо її контактів з інфекційними хворими вдома, у школі (дитячому садку) за попередні 3 тижні (максимальна тривалість інкубаційного періоду більшості дитячих інфекційних хвороб). З'ясувати, чи були в неї розлади кишківника протягом останніх 3 діб. Ця інформація має бути відображена у довідці, яка додається до направлення на госпіталізацію від дільничного педіатра. Крім того, окремо у документі розписуються всі щеплення, які були зроблені дитині за віком, відповідно до її індивідуального календаря. Отже, наявність:

- 1) **довідки про відсутність інфекцій на дому та в закладах освіти;**
- 2) **довідки про проведені щеплення;**
- 3) **направлення на госпіталізацію у стаціонар** – є обов'язковим переліком документів, з якими поступає плановий хворий у лікарню, для забезпечення проти-епідемічного захисту.

Незалежно від наявності вищезазначених довідок (у випадку ургентної госпіталізації) лікар приймального відділення обов'язково оглядає всіх дітей на наявність інфекційного захворювання.

При підозрі чи діагностованому інфекційному захворюванні дитину слід негайно **ізолювати у бокс або направити в інфекційну лікарню**, а приміщення, де вона перебувала, предмети та меблі знезаразити (дезінфікувати).

Призначення боксу – ізоляція дітей з підозрою на інфекційне захворювання.

Є два види боксів – **відкриті і закриті**. У відкритих – хворі розділені встановленими між ліжками перегородками. Прикладом закритого боксу є Мельцерівський бокс (рис. 7). Його конструкція зроблена таким чином, що хвора дитина не контактує з іншими весь період лікування. У ньому є тамбур, палата, санвузол, окремий вхід для персоналу (шлюз).

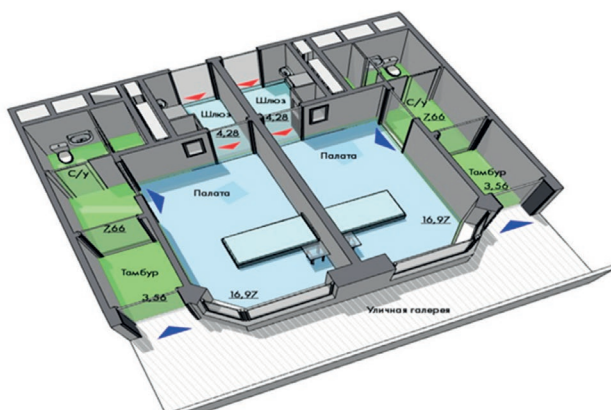


Рис. 7. Схема Мельцерівського боксу

Хвора дитина потрапляє в бокс безпосередньо з вулиці, і цим же шляхом вибуває з лікарні. Медичний персонал входить до шлюзу через внутрішній коридор, щільно зачиняє зовнішні двері, миє руки, за потреби надягає інший халат, шапочку, маску. І лише після цього переходить у приміщення, де лежить хворий. Вихід із палати – у зворотній послідовності. При цьому слід стежити, щоб при відчинянні дверей між шлюзом і коридором двері в палату були щільно зачиненими.

Вимоги до персоналу. Допуск до роботи в дитячому стаціонарі отримує тільки здоровий персонал, який пройшов медичне обстеження. Медичний персонал в інфекційних відділеннях, відділеннях новонароджених, у період епідемій, а також під час виконання деяких медичних маніпуляцій або санітарної обробки хворих обов'язково повинен носити маски, які закривають рот і ніс (рис. 8).

Міняти маску треба кожні 4 год (2 год під час епідемії), тому що за цей час знижується її ефективність як фільтра для мікроорганізмів. Маска може бути одноразовою з нетканого текстилю.

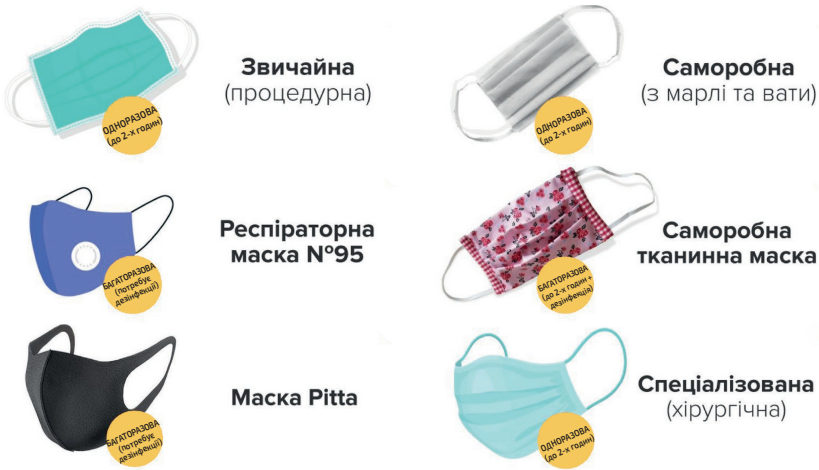


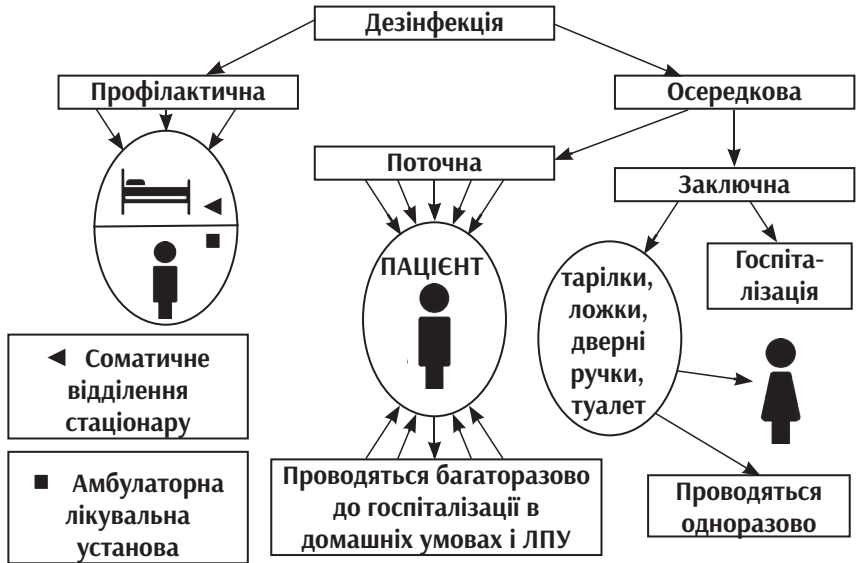
Рис. 8. Види медичних масок

Протиепідемічним режимом у лікарні передбачено і правильно **організоване харчування дітей**, приготування, транспортування і роздавання їжі, дотримання умов зберігання продуктів. Категорично забороняється зберігати продукти в тумбочках; для цього в буфетній або їдальні повинен бути холодильник.

Класифікація методів дезінфекції у дитячих відділеннях

Для інфекційних агентів (віруси, бактерії, гриби, паразити та пріони), що передаються під час догляду за пацієнтом, резервуаром в основному є інфікована людина. Залежно від типу мікроорганізму відбувається передача вірусів від хворої людини до здорової, а також через об'єкти навколишнього середовища.

Профілактика нозокоміальних (внутрішньолікарняних) інфекцій серед іншого передбачає *дезінфекцію з метою знищення збудників хвороб і створення умов, які перешкоджають їх поширенню*. Розрізняють дезінфекцію *осередкову*, яку проводять в епідемічному осередку, та *профілактичну*.



Осередкова дезінфекція поділяється на поточну і заключну

Поточна дезінфекція (важлива при кишкових інфекціях) виконується одразу після виявлення інфекції: обробляються предмети, якими користувався хворий (ємності, де були фізіологічні виділення, предмети догляду, білизна, кип'ятять іграшки, посуд та ін.), у палаті робиться вологе прибирання з використанням дезінфекційних розчинів. При краплинних інфекціях кварцюють палати. При цьому дітей виводять в інші приміщення.

Заключна дезінфекція проводиться співробітниками дезінфекційної станції. Щоб повністю ліквідувати збудників захворювання в боксі, палаті, відділенні, з *гідропульту* сумішшю різних дезінфікуючих розчинів дезінфікуються приміщення, предмети побуту, одяг. Завершальним етапом дезінфекції може бути також очищення поверхонь предметів шляхом протирання або миття. А м'які меблі, книги, взуття та ін. слід знезаражувати в дезінфекційних камерах.

До профілактичної дезінфекції у лікувально-профілактичних установах входить знезаражування води (кип'ятіння), миття ванн, палат після виписування хворих із використанням дезінфекційних розчинів, миття рук перед їжею тощо.

Профілактичну і поточну дезінфекцію в епідемічному осередку *проводять молодші медичні сестри і медичні сестри*. Для проведення заключної дезінфекції можна запрошувати співробітників центру санітарно-епідеміологічного нагляду і дезінфекційних станцій.

**Стандартні сучасні заходи захисту,
яких необхідно дотримуватися при догляді
за пацієнтом у стаціонарі**

В залежності від методів догляду необхідно дотримання та використання:

1. Гігієни рук;
2. Рукавичок, ХЗІА, масок, захисних окулярів чи щитків;
3. Чистого і безпечного обладнання та інструментарію;
4. Чистої і безпечної білизни;
5. Респіраторної гігієни чи етикету кашлю;
6. Безпеки при виконанні ін'єкцій;
7. Безпечного поводження з медичними відходами;
8. Очищення та дезінфекція приміщень.

Основні санітарно-епідеміологічні накази які регламентують роботу лікувально-профілактичних закладів:

- ОСТ 4221-285 «Стерилізація та дезінфекція виробів медичного призначення. Методи, засоби та режими дезінфекції, передстерилізаційна обробка (етапи), стерилізація (методи, режими, засоби)».
- Наказ № 288 «Про санітарно-епідеміологічний режим лікувально-профілактичного закладу».
- Наказ № 408 «Про заходи по зниженню захворюваності вірусним гепатитом та профілактиці СНІДу».
- Наказ № 450 «Про заходи щодо попередження захворюваності дифтерією, її профілактика».
- Наказ № 720 «Про посилення медичної допомоги хворим з гнійно-септичними захворюваннями та посилення боротьби з внутрішньолікарняною інфекцією».

Сучасні методи та засоби для проведення дезінфекції

Дезінфекцію проводять з використанням *фізичних* (механічні, термічні, променеві) та *хімічних* способів.

Методи дезінфекції (відповідно до наказу № 408)

Методи дезінфекції		Хімічні:
Фізичні	механічні	Застосування хімічних речовин: бактеріостагичних (що уповільнюють ріст мікроорганізмів) і бактеріцидних (що вбивають мікроорганізми) для знезараження термолабільного приладдя: - 3 % розчин хлораміну – 60 хв.; - 3 % розчин хлорного вапна – 60 хв.; - 4 % розчин формаліну – 60 хв.; - 0,5 % розчин сульфохлорантину – 60 хв.;
	термічні променеві	
Хімічні	дезінфектанти	При туберкульозі: - 5 % розчин хлораміну – 240 хв.
	антисептичні засоби	
Біологічні	антибіотики	
	фаги фітонциди	

Методи дезінфекції

Фізичні

механічні
термічні
променеві

Хімічні

дезінфектанти
антисептичні засоби

Біологічні

антибіотики
фаги
фітонциди

Фізичні:

1. Повітряний метод (гаряче повітря): 120 град С – 45 хв. (посуд, вироби з металу, скла силіконової гуми).
2. Паровий метод (водяна пара): 0,5 атм – 110 град. С – 20 хв. (одяг, постільна білизна, вироби із гуми, латексу, скла, корозійностійких металів).
Кип'ятіння:
- у дистильованій воді – 30 хв.;
- у 2 % розчині соди – 15 хв.
Для контролю температурного режиму (110 град. С) використовують антипірін чи резорцин.
3. Ультрафіолетове опромінення: 15 – 30 хв. (зниження мікробного обсягнення повітря та поверхонь об'єктів у ЛПУ).

Хімічні:

- Застосування хімічних речовин: бактеріостагичних (що уповільнюють ріст мікроорганізмів) і бактеріцидних (що вбивають мікроорганізми) для знезараження термолабільного приладдя:
- 3 % розчин хлораміну – 60 хв.;
- 3 % розчин хлорного вапна – 60 хв.;
- 4 % розчин формаліну – 60 хв.;
- 0,5 % розчин сульфохлорантину – 60 хв.;
- 0,5 % розчин дезоксону – 60 хв.;
- 0,5 % розчин ДП-2 – 60 хв.;
- 6 % розчин перекису водню – 60 хв.;
- 6 % розчин перекису водню + мийний засіб – 60 хв.
При туберкульозі:
- 5 % розчин хлораміну – 240 хв.

До механічних способів входить: прання білизни, миття рук, провітрювання палат, видалення пилу і бруду (пилососом, вологою ганчіркою тощо).

Термічні способи — це використання високих температур для дезінфекції предметів догляду за хворими, посуду, натільної та постільної білизни (кип'ятіння, прасування, обробка водяною парою в автоклавах, прожарювання в сухожарових шафах).

Променими способами (ультрафіолетове опромінювання (кварцювання), ультразвук, радіоактивне випромінювання) дезінфікують палати, процедурні кабінети.

Найпоширенішими є хімічні способи дезінфекції. Вони включають використання антисептиків для рук, шкіри і слизових оболонок; дезінфекційних засобів для обробки твердих поверхонь, інструментарію та устаткування, а також вологого прибирання приміщень у відповідності до інструкції. Для більшої ефективності дезінфекції поєднують механічні та хімічні способи (пральні порошки, засоби для миття рук, дезінфекційні розчини для обробки поверхонь тощо).

Відра, швабри, ганчірки та інший інвентар для проведення дезінфекційних заходів маркують та використовують лише у приміщеннях, для яких вони призначені.

При потраплянні виділень хворого (кров та інші біологічні рідини) на поверхні слід якомога швидше очистити та дезінфікувати їх. А також виконувати планову дезінфекцію для запобігання інфікуванню, виникненню епідемічної ситуації тощо.

З якою частотою проводити планову дезінфекцію (один раз на добу чи раз на 3 доби) визначає ВІК (відділ з інфекційного контролю).

Кожен день роблять вологе прибирання приміщень. Один раз на 3 дні протирають або миють панелі. Щотижня протирають від пилу стіни, стелю, плафони, віконні рами та двері. Очищувати і дезінфікувати стіни, жалюзі та віконні штори слід у випадках їх видимого забруднення.

Під час проведення планового прибирання всього відділення слід попередньо визначити графік заміни приготовлених або гото-

вих миючих і дезінфекційних або мийно-дезінфекційних розчинів (наприклад, кожні 30 хвилин або після обробки 2-3 кімнат/палат).

Важливе значення має щоденне вологе протирання радіаторів і труб центрального опалення, оскільки при нагріванні пилу може утворюватися оксид вуглецю, що є неприпустимим. М'які речі (килими, штори, покривала, ковдри, подушки) вибивають і витрушують на відкритому повітрі або чистять пиლოსосом.

Особливості санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму у відділеннях неонатології та пологових будинках

Особливості догляду за новонародженими заключаються в дотриманні правил фізіологічного догляду за дитиною, що ґрунтуються на концепції ВООЗ і передбачають обмеження медичних втручань. Тому молодший медичний персонал повинен підтримувати необхідний санітарно-епідемічний режим, щоб запобігти внутрішньолікарняним інфекціям (ВЛІ). Першочергово слід дотримуватись правил і техніки миття та антисептики рук. Адже до обов'язків молодшого медичного персоналу входить не тільки догляд за немовлятами, а й прибирання палат.

Проводять вологе прибирання приміщень спільного перебування матері та дитини в пологовому будинку, відділеннях патології новонароджених дитячого стаціонару двічі на добу (1 раз з мийними засобами). Після виписки немовлят або переведення до інших стаціонарів роблять заключну дезінфекцію. Рекомендується не кварцювати, а провітрювати приміщення. Дезінфекцію штор, фіранок, штучних квітів, плакатів проводять за потреби, якщо вони не забруднені біологічною рідиною.

У кожному відділенні є кімната, де зберігається інвентар для прибирання (відра, тази, ганчірки), який після прибирання миють, висушують та знезаражують.

Особисті речі та білизну матері та новонародженого після виписки віддають додому в поліетиленових пакетах без попереднього знезараження. Лікарняну білизну сортують в окремій кімнаті,

складають у гумовий або поліетиленовий одноразовий мішок і відвозять до пральні.

Після прання лікарняну натільну білизну породілей та немовлят комплектують в індивідуальні пакети і досуха стерилізують. Подушки, ковдри, матраци, обшиті клейонкою, обробляють дезінфекційними засобами, не обшиті клейонкою – знезаражують у дезінфекційній камері (рис. 9).

Робочий одяг медичного персоналу перуть при температурі 90°C (у стаціонарі можна використовувати побутові автоматичні пральні машини), а потім прасують.

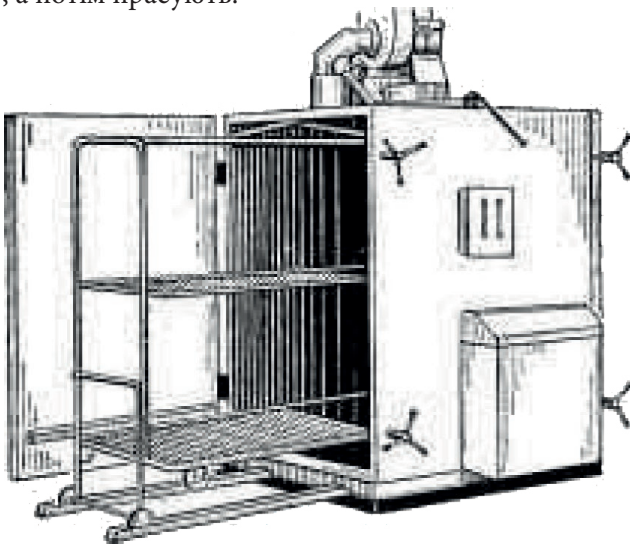


Рис. 9. Дезінфекційна камера

При недотриманні медичним персоналом пологового будинку вимог санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму передбачена адміністративна, а часом і кримінальна відповідальність.

Міжнародні рекомендації (2020) з питань безпеки немовлят у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених

Згідно з останніми міжнародними рекомендаціями «Recommendations for Prevention and Control of Infections in Neonatal Intensive Care Unit Patients: Staphylococcus aureus. Centers for Disease Control

and Prevention, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Division of Healthcare Quality Promotion, September 2020», спеціалістами з питань безпеки немовлят у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) запропоновані конкретні гігієнічні вимоги, які необхідно впроваджувати, особливо під час перманентної пандемії Ковід-19:

1. Ретельне дотримання гігієни рук.
2. Якомога коротший шлях від пологового залу до ВІТН- відділень.
3. Достатні ресурси для ізоляції пацієнтів, інфікованих мультирезистентними збудниками.
4. Наявність спеціальних приміщень для приготування стерильних розчинів та ліків у відділенні.
5. Достатня відстань між інкубаторами/реанімаційними столиками: рекомендовано 2 м (American Academy of Pediatrics).
6. Наявність відносно відмежованого місця для проведення аналізу газового складу крові.
7. Наявність спеціальних холодильників/морозильних камер для зберігання потенційно інфікованого біоматеріалу для аналізів.
8. Спеціальний холодильник для медикаментів.
9. Наявність окремої молочної кухні.
10. Робоча кімната для гігієнічної обробки інкубаторів, апаратів ШВЛ.
11. Наявність достатньої кількості місця для розмежування чистих і брудних апаратів, інкубаторів тощо.
12. Заборона зберігання брудних пристроїв, інкубаторів, столиків у коридорах.
13. Центральний сестринський пост, а також клавіатура, сенсорні екрани потребують регулярної дезінфекції.
14. Наявність спеціальної кімнати для зчіджування.
15. Вода, яка використовується для потреб відділення, має бути очищена через спеціальний фільтр.

16. У ВІТН-відділеннях рекомендована температура повітря 26 гр С, вологість мінімум 45 %, забороняється влітку відкривати вікна.
17. Мінімум раз на рік мають організовуватись тренінги для персоналу з дезінфекції рук, має бути нагляд з боку спеціального персоналу з питань гігієни за дотриманням санітарних вимог.
18. Кожен пацієнт у ВІТН-відділеннях повинен мати «власний» стетоскоп біля інкубатора або ліжечка, або **ОБОВ'ЯЗКОВА** дезінфекція стетоскопів після використання.
19. Не доведено, що медперсоналу та пацієнтам додатково до дезінфекції рук необхідно вдягати захисний халат.
20. Заборонена обробка інкубаторів (кювезів) формальдегідом. Рекомендована обробка вивільнювачами кисню, або паром.
21. Обробка інкубаторів всередині можлива питною водою.
22. Заміна кювезів – один раз на тиждень.
23. У пацієнтів з факторами ризику (тривала госпіталізація, лікування антибіотиками широкого спектру, множинні інфекції) – 1 раз на тиждень має бути проведений мікробіологічний скринінг шкіри, слизових оболонок, присінку носа, анусу та трахеального секрету.
24. У пацієнтів, у яких виявлено мультирезистенті МО, повинен, за погодженням зі спеціальними гігієнічними службами, бути проведений скринінг контактних осіб, ко-пацієнтів.
25. Рекомендований мікробіологічний контроль грудного молока для дітей з НЕК, або шлунково-кишковими інфекціями.
26. При наявності у матері маститу – грудне вигодовування заборонено, а грудне молоко має бути зціджене на час лікування антибіотиками.
27. У недоношених дітей для дезінфекції рекомендований Октенісепт.

Показання, основні види та алгоритм оборобки рук медперсоналом

Необхідно мити руки:

- перед і після контактування з пацієнтом;

- після відвідування туалету;
- перед і після споживання їжі;
- завжди, коли руки забруднені.

Основні види обробки рук:

1. *Звичайне миття рук з милом.* Видаляє бруд і транзиторну мікрофлору, що знаходиться на шкірі рук медичного персоналу після контакту з інфікованими об'єктами.

2. *Спеціальна техніка миття рук (рис. 10),* бо рутинне миття рук залишає подушечки пальців і їх внутрішню поверхню контамінованими.



терти долонею об долонею



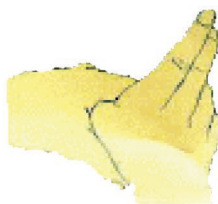
права долоня по тильній стороні лівої руки і навпаки



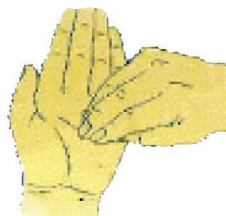
терти внутрішні поверхні пальців рухами вгору і вниз



терти тильною стороною пальців по долоні іншої руки



терти пальці круговими рухами



по черзі, круговими рухами терти долонею

Рис. 10. Спеціальна техніка миття рук

Алгоритм обробки рук медперсоналом

1	2
Мета	Запобігання розповсюдженню інфекції
Оснащення	Пеперові рушники, рідке мило з дозатором.

1	2
Підготовчий етап	Зняти персні, прикраси, годинник, звільнити від одягу зап'ястя, щоб не утруднювати миття та забезпечити ефективне видалення мікроорганізмів.
Послідовність дій при митті милом	<ul style="list-style-type: none"> • під помірним тиском теплої води енергійно намити руки і терти одна об одну (долоні і пальці) не менше 15 с, після чого сполоснути; • висушити руки паперовим рушником;
Примітки	Дозатори багаторазового використання з часом контамінуються, тому перед заповненням наступною порцією мила їх треба вимити та висушити. <i>Мило не знищує усі мікроорганізми, тому антисептик обов'язковий!</i>
<p>Послідовність дій при обробці антисептиком:</p> <p><i>Показання до гігієнічної антисептики рук:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • перед проведенням інвазивних процедур; • перед і після маніпуляції на рані чи з катетерами; • перед надіванням рукавичок і після зняття їх; • після контактування з виділеннями і предметами, які містили кров або мають вірогідність мікробної контамінації. 	<p><i>Гігієнічна антисептика</i> – це видалення і знешкодження транзиторної мікрофлори із застосуванням антисептичних препаратів. Спиртові антисептики ефективніші за водорозчинні.</p> <p>Спиртовий антисептик (5 мл) нанести на руки і втирати до висихання (руки не витирати).</p>
<p><i>Показання до використання рукавичок:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • завжди при контакті з кров'ю та іншими потенційно контамінованими матеріалами, слизовою оболонкою; рукавички знижують ризик: • професійного зараження після контактування з інфікованими пацієнтами та їхніми виділеннями; • зараження пацієнтів мікробами, які є на руках медичних працівників, і наступного передавання їх пацієнтам. 	<p><i>Використання рукавичок не замінює миття рук та їх антисептичну обробку.</i> Після кожного хворого рукавички міняють.</p>

Поняття про дезінфекцію та стерилізацію предметів догляду за дітьми

У стаціонарі дитина може користуватися власними індивідуальними предметами, або ж тими, що є у відділенні. Щоб не розповсюджувати інфекцію, медичний персонал відділення повинен дотримуватись правил обробки і стерилізації предметів догляду (термометрів, горщиків, іграшок, сосок, пляшечок, сповивальних столів тощо).

Термометри діляться на (рис. 11): ртутні, електронні, інфрачервоні, термосмужки. Три останніх види мають змінні складові, які після використання викидаються. Крім того, вони взагалі призначені для особистого індивідуального використання.



Рис. 11. Види термометрів

Ртутні термометри у дитячому відділенні зберігають та **дезінфікують** у спеціальному контейнері, склянці чи скляній банці, на дні яких знаходиться вата, змочена дезінфекційним засобом (дезоксон, максисан тощо). Після обробки (час перебування залежить від дезінфекційного засобу) медична сестра споліскує термометр під проточною водою, насухо витирає та зберігає до використання в спеціальному закритому посуді. Після вимірювання температури термометр знову занурюють у дезрозчин (рис. 12). Можна протерти термометр одним із швидкодіючих дезінфекційних засобів (дезактин, бацилол).

2 % розчин
хлораміна
5 хв.



Рис. 12. Дезінфекція термометрів

ВВ! Для обробки термометрів слід використовувати лише спеціально для цього призначені дезінфекційні засоби.

Дезінфекцію **медичних термометрів** рекомендовано проводити 70-90 % етиловим або ізопропіловим спиртом.

Дезінфекція металевих шпательів. Металеві шпателі після використання замочують у 1 % розчині хлораміну на 30 хв. (або 2 % розчині хлораміну на 15 хвилин), промивають холодною водою та кип'ятять у дистильованій воді протягом 30 хв. Потім загортають у папір і стерилізують в сухожаровій шафі при $T=180^{\circ}\text{C}$ 30 хвилин.

Пластикові шпателі після використання занурюють у 3 % розчин перекису водню на 80 хвилин, потім промивають холодною водою.

Дезінфекція іграшок. Іграшки для дитячих відділень підбирають у відповідності до санітарно-гігієнічних норм з урахуванням вікових особливостей, безпечності у користуванні та необхідності дезінфікування. Після використання невеликі за розмірами іграшки повністю занурюють у дезінфекційний розчин, потім промивають проточною водою протягом 3 хв і зберігають у закритій шухляді. Великі іграшки протирають ганчіркою, а м'які чистять щіткою, змоченими у дезінфекційному розчині. Після цього їх промивають під проточною водою і висушують.

Індивідуальний посуд (пляшечки, мензурки, чашки тощо) після використання замочують у 2 % розчині натрію гідрокарбонату, миють усередині спеціальною щіточкою, двічі споліскують

гарячою водою, ставлять на металеві сітки отвором донизу для стікання залишків води, а потім стерилізують у сухожаровій шафі 50–60 хв. Плашечки можна стерилізувати і кип'ятінням. Після миття їх заливають теплою водою і кип'ятять протягом 20–25 хв. Охолодженими зберігають до наступного використання на сухому стерильному підносі отвором донизу, накривши чистою серветкою (рис. 13).



Рис. 13. Дезінфекція індивідуального посуду

Соски загального використання спочатку очищують від залишків молочної суміші або молока, замочують у спеціально призначеному для цього засобі (2 % розчин натрію гідрокарбонату) добре споліскують і кип'ятять протягом 30 хв. Зберігають у стерильному, щільно закритому скляному посуді.

Після огляду кожної дитини або проведення гігієнічних процедур молодший медичний персонал обробляє **сповивальний столик** та предмети, яких торкався хворий (клейончасту подушку і матрац, клейонки), та меблі (кушетки, стільці та ін.) 2 % розчином хлорантоїну або іншим дезінфекційним засобом.

Після кожної хворої дитини міняють простирадла та **постільну білизну**. **Судна, горщики** мють гарячою водою з мийним засобом після кожного використання та дезінфікують спеціальними засобами відповідно до інструкції з їх застосування.

Вибір та алгоритм використання дезінфікуючих засобів та розчинів

Очищення і дезінфекція обладнання та поверхонь для догляду за пацієнтами поділяється на:

- *некритичні* (контактують зі здоровою шкірою, неконтактують зі слизовими), які вимагають очищення або дезінфекції низького рівня;
- *напівкритичні* (контактують зі слизовими або ушкодженою шкірою), вимагають дезінфекції високого рівня;
- *критичні* (проникають у стерильні тканини, зокрема в порожнини тіла і судинні системи), вимагають дезінфекції, до стерилізаційного очищення та стерилізації.

Послідовність проведення дезінфекції:

1. Очищати обладнання мийними або ферментними засобами слід одразу після використання, щоб не допустити висихання, бо тоді процес очищення буде більш трудомістким і менш ефективним. Слід ретельно видаляти органічні залишки (крові, тканин), неорганічні солі. Перед цим переконайтеся, що використовувані засоби для очищення (або ферменти) дозволені до застосування на матеріалах, з яких виготовлено дане обладнання.
2. Огляньте обладнання на наявність тріщин, подряпин, що може знизити ефективність дезінфекції. Пошкоджене обладнання слід утилізувати або відремонтувати.
3. Некритичні та напівкритичні медичні вироби і обладнання підлягають дезінфекції низького рівня.

Вибір і використання дезінфікуючих засобів для проведення дезінфекції:

- Дезінфекція *некритичних і напівкритичних* медичних виробів проводиться не менше 1 хвилини (або відповідно до інструкцій виробника) такими хімічними агентами:
 - 70–90 % етиловий або ізопропіловий спирт;
 - гіпохлорид натрію;
 - фенолвмісні дезінфекційні засоби;

- йодоформмісні дезінфекційні засоби;
- четвертинні амонієві сполуки (тільки для некритичних медичних виробів).
- Некритичні медичні вироби (тонометри, термометри, пульсоксиметри), що часто використовуються для догляду за хворими, слід планово дезінфікувати щодня, а якщо використовуються рідко або для певної групи пацієнтів (шприцевий дозатор, стілець-туалет та ін.) – раз на тиждень, якщо ними не користувалися тривалий час.
- У разі відсутності індивідуального медичного обладнання некритичні медичні вироби слід дезінфікувати перед використанням іншим пацієнтом.

Очищення і дезінфекція поверхонь внутрішнього середовища закладу:

Перед дезінфекцією поверхні очищають або ж використовують мийно-дезінфікуючі засоби.

При використанні дезінфекційних розчинів слід дотримуватися інструкції виробника щодо розведення, сумісності матеріалів (корозійна дія), зберігання, термінів придатності (у тому числі в розведеному стані), безпечного використання (зокрема, рекомендованих ЗІЗ (засобів індивідуального захисту) і утилізації).

Найбільш поширені дезінфікуючі розчини і способи їх приготування:

1. **Хлорне вапно** (гіпохлорид кальцію) – білий дрібний порошок з різким запахом хлору використовують у сухому вигляді для знезараження виділень хворого. Для дезінфекції використовують 0,2-1 % розчин.
2. **Хлорамін Б** (N-хлорбензолсульфонамід натрію) – білий кристалічний порошок, що містить активний хлор. Для знезараження використовують 0,2-4 % розчин. На 10 л води беруть 0,1 кг хлораміну. Термін зберігання готового розчину не більше 5 днів.
3. **Мильно-содовий розчин** 1–2 %. Для приготування 1 % розчину 0,1 кг господарського мила і 0,1 кг соди розводять в 10 л води. Розчин готують безпосередньо перед використанням.

Характеристика деяких ефективних сучасних дезінфікуючих засобів:

«**Стериліум**», «**Октеніамін**», «**Бактолін базик**» застосовується для хірургічної та гігієнічної антисептики рук медичного персоналу з метою профілактики гепатиту В, СНІДу.

«**Йодобак**», «**Кутасепт-Г**» – антисептичні препарати для шкіри, слизових оболонок, ран, опіків перед- та післяопераційної обробки операційного поля та в інших випадках.

«**Тералін (ТРН-5225)**» – концентрат для вологого прибирання.

«**Перформ**» застосовується для обробки поверхонь предметів, особливо у приміщеннях, де знаходяться пацієнти з ослабленим імунітетом та новонароджені.

«**Гігасепт ФФ**» використовують для дезінфекції та хімічної стерилізації ендоскопічного і реанімаційно-анестезіологічного обладнання.

«**Лізетол АФ**» застосовують для обробки медичних інструментів. Враховуючи високу очищувальну властивість препарату його використовують для одночасної дезінфекції виробів та передстерилізаційної очистки. Лізетол – єдиний засіб, який може розводити засохлі залишки крові, слизу та інших біологічних рідин людини в дрібнокапілярних медичних виробках.

«**Бодифен**» використовують для дезінфекції та передстерилізаційної очистки термолабільних та термостабільних медичних інструментів, в тому числі гнучких ендоскопів.

«**Мікробак форте**» застосовують для дезінфекції медичного обладнання та очистки поверхонь приміщень (стін, підлоги).

«**Саніфект – 128**» застосовується для дезінфекції та передстерилізаційної очистки виробів медичного призначення, профілактичної, поточної та заключної дезінфекції, генеральних прибирань, знезаражування поверхонь у приміщеннях, твердих меблів, медичних приладів та обладнання, білизни, посуду, предметів догляду за хворими.

«**Дезактін**» призначений для поточної, заключної та профілактичної дезінфекції в закладах охорони здоров'я, дитячих закладах та ін., а також для передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення.

Вищепераховані засоби – далеко не повний перелік ефективних дезінфікуючих препаратів.

Обладнання та протиепідемічний захист палат для догляду за тяжкохворими дітьми

У палатах для тяжкохворих пацієнтів знаходиться моніторна апаратура для постійного контролю за серцево-судинною та дихальною системами, апарати штучного дихання, дефібрилятор, наркозний апарат, електрокардіограф та ларингоскоп. У кімнаті також має бути повітровід, електровідсмоктувач, централізована подача кисню, усе необхідне для виконання маніпуляцій і процедур.

- Обладнання для догляду за тяжкохворими пацієнтами;
- Набори кисневих масок та інтубаційних трубок;
- Інгалятори;
- Набори медикаментів для надання екстреної допомоги при всіх невідкладних станах;
- Стерильні набори для катетеризації магістральних вен;
- Набори для плевральних, люмбальних пункцій, лапароцентезу.

Пост медичної сестри знаходиться безпосередньо в палаті тяжкохворих пацієнтів. Адже перебіг і наслідки захворювання залежать ще й від швидкості та якості медсестринського догляду за тяжкохворим, своєчасного та добросовісного виконанням медсестрою призначень лікаря.

Молодший медперсонал мінімум двічі на день робить вологе прибирання, проводить кварцювання палат, провітрювання. Генеральне прибирання робиться не рідше одного разу на тиждень.

Функціональні обов'язки медперсоналу при догляді за тяжкохворими дітьми

На кожного тяжкохворого пацієнта медична сестра щоденно заводить листок інтенсивного нагляду та терапії, де фіксує виконані призначення лікаря. Медичний персонал постійно стежить за станом тяжкохворого пацієнта та показниками життєдіяльності.

Медичний персонал регулярно контролює:

- Стан нервової системи (притомність, непритомність, адекватність поведінки);

- Стан дихальної системи (частота, глибина, ритм дихання, патологічні види ядухи);
- Стан серцево-судинної системи (частота, ритм, поповнення, напруження пульсу, центральний венозний тиск);
- Стан сечової системи (добовий денний, нічний діурез, водний баланс);
- Стан травного тракту (випорожнення, відходження газів);
- Температуру тіла;
- Кольори шкірних покривів і слизових оболонок.

Про всі виявлені відхилення від норми медична сестра повідомляє лікарю. До обов'язків середнього медперсоналу також входить *загальний догляд*, стеження за особистою гігієною пацієнтів, профілактика пролежнів, контроль за дотриманням санітарно-гігієнічного та лікувально-охоронного режимів. Медсестри відділень реанімації та інтенсивної терапії організовують *харчування* тяжкохворих, які не можуть самостійно їсти, а у разі потреби застосовують за призначенням лікаря штучне.

Тяжкохворих пацієнтів слід забезпечувати достатньою кількістю постільної і натільної білизни, пелюшок. Доцільніше в таких палатах використовувати одноразову білизну (*див. відеоматеріали*).

У відділеннях реанімації та інтенсивної терапії необхідні роздягальні, душові, а також кімнати психологічного розвантаження для середнього медичного персоналу, оскільки щоденне спілкування з тяжкохворими, часто безнадійними, пацієнтами та їх рідними може призвести до нервового перенапруження.

Техніка зміни білизни тяжкохворим дітям

У стаціонарі натільну та постільну білизну змінюють після щотижневого прийняття гігієнічної ванни і щоразу після забруднення чи пропотівання хворого. За зміну білизни і відправлення її в пральню відповідає сестра-господарка. Чисте простирадло і сорочку хворого треба гарно розправляти, щоб не утворилися грубі згортки, які у тяжкохворих можуть спричинити утворення пролежнів.

Зміну і збирання брудної білизни треба проводити в гумових рукавичках для запобігання передачі СНІДу. Забруднену кров'ю або іншими рідкими виділеннями організму (сеча, харкотиння) білизну необхідно згорнути забрудненою поверхнею до середини і транспортувати в щільних клейончатих мішках. Сортувати білизну в палатах забороняється.

При зміні постільної білизни, якщо дозволяють умови і стан хворого, краще посадити його на стілець або перекласти на інше ліжко чи кушетку. В іншому випадку це роблять без перекладання хворого (рис. 14).



Рис. 14. Зміна постільної білизни лежачому хворому

Існує кілька способів зміни простирадла лежачим хворим.

Перший спосіб. Чисте простирadlo наполовину згорнути валиком по довжині. Підняти голову хворого та забрати подушку. Хворий, повернувшись на бік, сам (або з допомогою осіб, які за ним доглядають) відсувається на край ліжка. Звільнену таким чином частину брудного простирadla згортають валиком по довжині, а на його місце розстеляють чисте, щоб вільний край трохи звисав з ліжка. Після цього хворий повертається на інший бік і лягає на чисте простирadlo. Забруднене забирають і розправляють чисте. Краї підгортають під матрац. Під голову хворого кладуть подушку.

Другий спосіб. Якщо хворому не можна повертатися на бік, чисте простирadlo згортають по ширині. Піднявши верхню половину тулуба хворого, згортають брудне простирadlo з-під голови і спини. На його місце розкочують приготовлене чисте. Кладуть подушку і опускають голову хворого. Піднімаючи по чергово таз, а потім стегна і гомілки хворого, згортають валиком брудне простирadlo і вслід розкочують валик чистого. Після цього краї простирadla підгортають під матрац.

Третій спосіб. Чисте простирadlo з двох боків по ширині згортають валиком до середини. Забирають подушку з-під голови хворого. Брудне простирadlo згортають двома валиками від голови і від ніг до середини ліжка і акуратно забирають. На його місце підкладають під таз хворого приготовлене свіже простирadlo і розправляють його до голови і до ніг. Краї простирadla підгортають під матрац. Під голову кладуть подушку.

Зміна натільної білизни. Щоб найменше турбувати хворого, спочатку легкими рухами підтягують сорочку ззаду до потилиці, а спереду — до грудей. Піднявши руки хворого, знімають сорочку через голову та послідовно звільняють руки. Надягають сорочку у зворотному порядку: спершу на руки, потім через голову, далі обережними рухами стягують по спині та грудях і акуратно розправляють.

Якщо у пацієнта хвора одна рука, рукав знімають спочатку зі здорової, а потім — з хворої, а надягають у зворотному порядку, починаючи з хворої кінцівки. Якщо хворому необхідний цілковитий спокій, то користуються сорочкою, яка має розріз уздовж усієї спини. Надягають її лише на руки, а краї закладають під спину і розправляють (рис. 15) .



Рис. 15. Зміна натільної білизни лежачому хворому

Профілактика виникнення та обробка пролежнів

Пролежні – це глибокі пошкодження і деформування шкіри та м'яких тканин з подальшим їх запаленням аж до омертвіння, які виникають від порушення живлення тканин.

Основні причини утворення пролежнів:

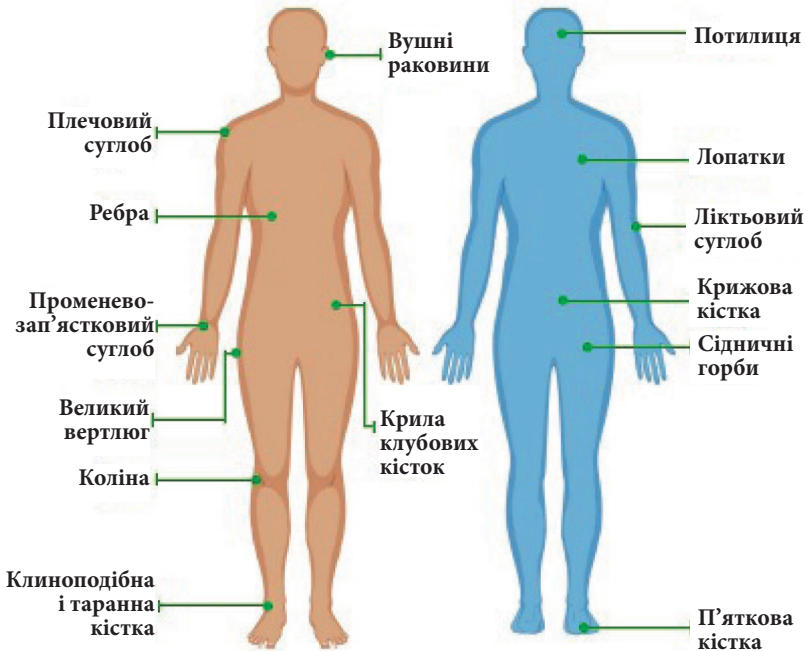
- *Тиск.* Під дією ваги тіла у лежачого хворого відбувається стиснення тканин та звужується діаметр судин. Від ішемії настає голодування тканин. Так утворюється некроз. Під дією важкої постільної білизни, щільних пов'язок, одягу стан ще більше погіршується.
- *Зміщення.* Коли хворий «з'їжджає» по ліжку вниз або підтягується до його узголів'я відбувається зміщення тканин, порушується мікроциркуляція і вони гинуть від кисневої недостатності.
- *Тертя.* Найбільше зазнають такого впливу хворі з нетриманням сечі, посиленням потовиділенням, одягнені у білизну, що не вбирає вологу, а також якщо хворий лежить на клейонці, пластмасовій поверхні тощо. Тертя спричиняє відшарування рогового шару шкіри і призводить до виразок на її поверхні.

Початковою ознакою пролежнів є гіперемія, що свідчить про початок порушення кровообігу. Тому одразу потрібно звернути увагу на ушкоджені ділянки шкіри.

Тісний, погано випрасуваний одяг хворого, складки на постільній білизні, вологість білизни або нетримання сечі також призводять до виникнення попірлостей шкіри і пролежнів.

NB! Перев'язки у ділянці утворення пролежнів слід робити щодня.

Найпоширеніші місця утворення пролежнів



Як запобігти утворенню пролежнів



Змінюйте положення хворого що дві години. Аби контролювати цю процедуру, використовуйте годинниковий циферблат, виокремивши на ньому кожную другу годину



Знайдіть найзручніше положення для хворого: вага тіла має бути рівномірно розподілена, на кожную частину має діяти мінімальний тиск



Запобігайте тертю уразливих ділянок тіла хворого



Обмивайте уразливі ділянки тіла хворого, ретельно їх просушуйте та змащуйте кремом

Засоби для оброблення пошкодженої шкіри при пролежнях:

- одноразові гідроколоїдні пов'язки (Hydrocoll та ін.);
- мазі з сульфонамідами (Агросульфан та ін.);
- солкосеріл-мазь.

Психологічна підтримка тяжкохворих дітей та їх рідних

У лікуванні та медичному догляді за тяжкохворими виняткове значення має створення комфортної атмосфери, що активізує захисні сили організму у боротьбі з хворобою. Дію лікарських засобів посилює віра в одужання. Тому медперсонал повинен підтримувати хворих, не піддаватися розпачу, особливо в екстрених ситуаціях. Медична сестра відділень реанімації та інтенсивної терапії не повинна без погодження з лікарем надавати інформацію хворому. Використання у розмові незрозумілих медичних термінів також може викликати у хворого тривогу.

Медичний персонал повинен поводитися спокійно та ввічливо у випадку надмірної дратівливості пацієнта і невдоволення результатами лікування та догляду, бо це може бути пов'язано з його психічним станом. Сприятливий психологічний контакт хворого і медичного персоналу (тактовність, уважне ставлення, урівноваженість, упевненість) істотно впливає на підвищення ефективності лікувального процесу.

У догляді за хворими слід суворо дотримуватись лікувально-охоронного режиму. Неприпустимі голосні викрики, суперечки між персоналом, метушня при виконанні процедур та висловлювання хворому невдоволення, особливо у грубій формі.

Важливо також створення доброзичливої, спокійної атмосфери спілкування пацієнта з рідними, друзями. Відвідувачів слід інформувати, що можна повідомляти хворому про стан здоров'я та прогнози, а що – приховувати. Повідомляти рідним хворого реальні прогнози щодо одужання слід обережно, тактовно. Треба пам'ятати, що догляд за тяжкохворими пацієнтами це ще й турбота про психологічне самопочуття пацієнта, допомога в боротьбі з тривожністю і страхом.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Дезінфекція предметів медичного призначення та предметів. Відеоінструкція. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=ZGttwiJohA>
2. Догляд за тяжкохворими, годування, поїння. Відеоінструкція. URL : https://www.youtube.com/watch?v=iDXYYFO9_P4
3. Гігієна волосся лежачого хворого. Відеоінструкція. URL : https://www.youtube.com/watch?v=h_I0IZuVQt4
4. Зміна постільної білизни тяжкохворому. Відеоінструкція. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=8Q8PSZrH70E>
5. Гігієна нігтів лежачого хворого. Відеоінструкція. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=5wjKrNdvxT8>
6. Гігієна порожнини рота лежачого хворого. Відеоінструкція. URL : https://www.youtube.com/watch?v=25UX5K_Ww20
7. Переміщення лежачих хворих у ліжку. Відеоінструкція. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=0JBGDT09cLQ>
8. Профілактика пролежнів лежачих хворих. Відеоінструкція. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=fM5NTqOuDAU>

Контрольні питання до теми

1. Поняття про лікувально-охоронний та санітарно-гігієнічний режими, особливості їх застосування у дитячій лікарні.
2. Дезінфекція та стерилізація предметів догляду за дітьми (обробка мензурок, горщиків, іграшок, пляшечок, сосок, термометрів, сповивальних столів після користування ними).
3. Як проводиться санітарна обробка хворої дитини?
4. Як доглядати за ротовою порожниною, вухами, очима, носовими ходами дитини різного віку?
5. Які особливості гігієни пацієнта дитячої лікарні?
6. Вкажіть способи зміни натільної та постільної білизни тяжкохворим дітям.
7. Вкажіть відмінності між поточною та заключною дезінфекцією.
8. Який інвентар необхідно мати для проведення вологого прибирання приміщення?
9. Назвіть основні санітарно-епідеміологічні накази, які регламентують роботу лікувально-профілактичних закладів.
10. Які дезінфікуючі розчини найчастіше використовують в дитячих закладах?
11. Як проводиться поточна та заключна дезінфекція?
12. Які існують основні засоби дезінфекції?

Тестові завдання

1. Комплекс заходів спрямований на знищення всіх мікроорганізмів та їх спор – це:
 - А) Асептика
 - Б) Антисептика
 - В) Дезінфекція
 - Г) Стерилізація
 - Д) Дератизація
2. Зміна масок медперсоналом у дитячому відділенні стаціонару під час епідемії відбувається кожні:
 - А) Добу
 - Б) 0,5 години
 - В) 1 годину
 - Г) 2 години
 - Д) 4 години
3. Заміна натільної білизни тяжкохворій дитині відбувається:
 - А) Кожен день
 - Б) Раз в 3 дні
 - В) Раз на 7-10 днів
 - Г) Раз на 14 днів
 - Д) Раз на 1 місяць
4. Прибирання палат проводиться:
 - А) Вологим способом не рідше 2 разів на день
 - Б) Вологим способом один раз на день
 - В) Сухим способом один раз на день
 - Г) Сухим способом не рідше 2 разів на день
 - Д) Сухим і вологим способом
5. Поява пролежнів – це свідчення:
 - А) Неправильно призначеного лікарем лікування
 - Б) Недостатнього догляду за хворим
 - В) Недотримання хворим лікарняного режиму
 - Г) Неправильного харчування хворого
 - Д) Нічого із перерахованого вище

Рекомендована література

1. Догляд за хворими (практика) : підручник / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко та ін.; за ред. О. М. Ковальнової, В. М. Лісового, С. І. Шевченка, Т. В. Фролової. 3-є вид., випр. Київ: Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2015. С. 291–300, 302–313.
2. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій: навчальний посібник / В. С. Березенко, О. В. Тяжка, А. М. Антошкіна та ін. 3-є видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2018. С. 29–33, 34–43.
3. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / Л. С. Савка, Л. І. Разінкова, О. І. Коцар, Л. М. Ковальчук, О. В. Кононов. 4-е видання. Київ : Видавництво «Медицина», 2018. 600 с.
4. Сестринська справа : підруч. / Н. М. Касевич, І. О. Петряшев, В. В. Сліпченко та ін.; за ред. В. І. Литвиненка. 3-є вид., випр. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2017. 816 с.
5. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2019. 392 с.
6. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів / В. Г. Майданник, В. Г. Бурлай, О. З. Гнатейко та ін.; за ред. проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид., випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 872 с.
7. Наказ МОЗ від 1.06.2013 № 460 «Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0460282-13#Text>
8. Kommission Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. Empfehlung zur Prevention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500g. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2018 Review. URL : https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Neo_Rili.pdf?__blob=publicationFile
9. Recommendations for Prevention and Control of Infections in Neonatal Intensive Care Unit Patients: Staphylococcus aureus. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Division of Healthcare Quality Promotion, September 2020. URL : <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/93767>

Електронні ресурси

1. <https://inspe.ua/algorytm-obrobky-ruk/>;
2. http://medmedsestrunstvo.blogspot.com/p/blog-page_82.html



Розділ III

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ОСОБИСТА ГІГІЄНА ПОСТОВОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ТА МОЛОДШОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У ДИТЯЧОМУ ВІДДІЛЕННІ СТАЦІОНАРУ

Актуальність

Успішна робота медичної сестри значною мірою залежить від любові до своєї професії. Кожна медична сестра окрім професійних якостей повинна бути взірцем високої культури, ввічливості, скромності та акуратності, виховувати в собі такі риси, як співчуття, терпіння, доброзичливість, чесність, рішучість, дисциплінованість, принциповість.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень

Скорочення	Термін	Визначення
1	2	3
	Пост медичної сестри стаціонару	Робоче місце палатної медичної сестри, яка здійснює цілодобову роботу по догляду за хворими, контроль за станом їх здоров'я, надання першої та невідкладної медичної допомоги і проведення планового медикаментозного лікування.

1	2	3
	Медична сестра	Спеціаліст з середньою спеціальною медичною освітою (з навчанням протягом не менше 2 років або з навчанням у вищих медичних учбових закладах в обсязі повних 3 курсів) та є молодшим спеціалістом по відношенню до лікаря.
	Молодший медичний персонал (санітарки)	Особи, що не мають спеціальної медичної освіти, працюють в лікувально-профілактичних закладах та виконують допоміжні функції.
	Функціональні обов'язки посади	Список вимог та відповідальності згідно з посадовою інструкцією, яка є нормативним документом, що затверджується Кабінетом Міністрів України.
ЧД	Частота дихання	Число дихальних рухів (цикл вдих-видих) за 1 хвилину.
ЧСС	Частота серцевих скорочень	Число серцевих скорочень за 1 хвилину.
ШВЛ	Штучна вентиляція легень	Заходи, спрямовані на підтримку обміну дихальних газів у легенях за допомогою методів «рот-в-рот», або «рот-в-ніс» або спеціальних апаратів.
	Пероральні форми ліків	Медикаменти, які приймаються через рот.
	Ліки (процедури) місцевого призначення	Медикаменти для зовнішнього застосування.
	Ентеральні форми ліків	Медикаменти, які вводяться хворому безпосередньо у кровоносне русло.
	Мензурки	Аптекарський посуд для рідин з поділками на унції.
	Маркування	Нанесення умовних знаків, літер, цифр на об'єкт з метою його подальшої ідентифікації.
	Лікувальна ванна	Методика лікування з використанням засобів зовнішнього призначення.
	Гігієнічна ванна	Спосіб гігієнічної процедури дитини.
	Зігріваючий компрес	Пов'язка, змочена лікарським розчином, із зігріваючою дією, яку накладають на хворе місце при патології суглобів чи м'язів.

1	2	3
	Медична документація	Документи в паперовому або електронному вигляді, в яких міститься інформація про пацієнта.

Нормативні обов'язки медичної сестри закладів охорони здоров'я України

Медична сестра у своїй роботі керується чинним законодавством України та нормативно-правовими актами, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я України.

Сестра медичного стаціонару має такі **функціональні посадові обов'язки**:

- Бере безпосередню участь у лікувально-діагностичному процесі.
- Під час щоденного лікарського обходу повідомляє лікарю відомості про стан здоров'я дітей, отримує подальші вказівки по догляду за хворими та виконує їх.
- Виконує лікарські призначення та слідкує за тим, щоб пацієнт прийняв лікарські препарати.
- Виконує маніпуляції та процедури відповідно до профілю роботи.
- Здійснює медичний догляд за хворими дітьми.
- Проводить профілактику, спрямовану на запобігання захворюванням та своєчасне їх виявлення.
- Уміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах та ін., володіє прийомами реанімації.
- Володіє методами асептики та антисептики.
- Веде медичну документацію.
- Бере активну участь у поширенні медичних знань серед населення щодо профілактики захворювань та їх ускладнень.
- Дотримується принципів медичної деонтології.
- Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Професійні обов'язки та перелік маніпуляцій у щоденній практиці медичної сестри та молодшого медперсоналу педіатричного стаціонару

Медична сестра при прийомі у відділення дітей проводить огляд їх шкіри та волосяної частини голови, щоб виключити інфекційні захворювання та педикульоз. Далі розміщує хворих у відповідні палати та доповідає про них лікарю. Вона ж ознайомлює дітей та їх батьків з правилами внутрішнього розпорядку, особистої гігієни та режимом дня. Під її наглядом батьки чи опікуни підписують інформовану згоду на проведення необхідного переліку лікувально-діагностичних процедур та маніпуляцій. У подальшому медсестра проводить огляд хворих на педикульоз щотижня.

Перелік *професійних щоденних дій медичної сестри* у стаціонарному дитячому відділенні:

- ▶ вимірювання температури тіла хворого та занесення показників до температурного листка медичної карти стаціонарного хворого;
- ▶ підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС) та частоти дихання (ЧД) за 1 хвилину;
- ▶ вимірювання артеріального тиску, діурезу, маси і довжини тіла та ін.;
- ▶ здійснення супроводу дітей на рентгенологічні, ендоскопічні, радіологічні та інші дослідження;
- ▶ відстеження своєчасного повернення медичних карт стаціонарних хворих від спеціалістів;
- ▶ внесення в них результатів досліджень;
- ▶ виклик за призначенням лікаря фахівців з інших відділень для консультації;
- ▶ внесення записів до листків призначень про виконання лікувальних і гігієнічних процедур та маніпуляцій;
- ▶ збір та доставка в лабораторію матеріалів для аналізів (сеча, кал, харкотиння та ін.); підклеювання отриманих результатів у медичні карти стаціонарних хворих;

- підготовка до роботи необхідного інструменту, обладнання;
- здійснення догляду за хворими;
- відповідальність за санітарний стан закріплених за нею палат; за дотриманням чистоти, тиші та порядку;
- ознайомлення дітей та їх батьків з правилами особистої гігієни; проведення гігієнічних ванн, контроль за своєчасною зміною натільної і постільної білизни, участь у санітарно-освітній роботі.

До обов'язків медичної сестри також входить:

- контроль за лікувальним харчуванням;
- особиста участь у роздачі їжі (при необхідності);
- годування тяжкохворих і дітей молодшого віку;
- контроль за передачами для хворих та їх правильним зберіганням;
- складання порційних вимог до харчування хворих відповідно до призначень і передача їх на харчоблок.

Перелік маніпуляцій, лікувальних та гігієнічних процедур постової медичної сестри педіатричного відділення:

1. Годування дитини через зонд, зондування і промивання шлунка.
2. Постановка клізм усіх видів (очисні, сифонні та ін.).
3. Введення газовідвідної трубки.
4. Катетеризація сечового міхура м'яким катетером (у дітей старше 1 року).
5. Накладання пластиря, компресів.
6. Нанесення на шкіру лікарських засобів.
7. Давання ліків перорально.
8. Закапування лікарських розчинів у очі, ніс, вуха.
9. Виконання внутрішньошкірних, підшкірних, внутрішньом'язових і внутрішньовенних (останні – за дозволом лікаря) ін'єкцій.
10. Вимірювання артеріального тиску.
11. Проведення непрямого масажу серця.
12. Проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ).

13. Взяття мазків із зіву і носа.
14. Збирання матеріалів для лабораторних досліджень (сеча, кал, піт, блювотні маси та ін.).
15. Проведення фізіотерапевтичних процедур (за призначенням лікаря).
16. Моніторингове спостереження за хворим і фіксація відхилення на дисплеї.
17. Проведення дуоденального і шлункового зондування.

Головним помічником медичної сестри є санітарки (молодші медсестри), які безпосередньо їм підпорядковуються та мають свій перелік функціональних обов'язків. Молодша медична сестра педіатричного стаціонару забезпечує санітарно-гігієнічні норми з метою запобігання поширенню внутрішньолікарняних інфекцій, а часом і лікувально-діагностичний процес.

Функціональні обов'язки молодшого медичного персоналу дитячого стаціонару:

1. Підтримувати відповідний санітарно-гігієнічний стан відділення.
2. Проводити санітарну обробку хворих дітей, щоденний туалет, перевдягання дітей, зміну постільної білизни, супровід (у разі необхідності) дітей до туалету, подачу судна, його дезінфекцію, доставку біологічного матеріалу в лабораторію.
3. Виконувати вологе прибирання палат, операційних, кабінетів, коридорів, місць загального користування, дезінфекцію та зберігання прибирального інвентарю, приготування робочих дезінфікуючих розчинів.
4. Допомогати постовим медсестрам у підготовці хворих до лікувально-діагностичних досліджень.
5. Забезпечувати правильне використання і зберігання предметів догляду за хворими.
6. Здійснювати контроль за зберіганням продуктів, які належать хворим, звертаючи увагу на їх якість.
7. Дотримуватись принципів медичної деонтології.
8. Дотримуватись правил техніки безпеки.
9. Підвищувати кваліфікацію по догляду за хворими дітьми.

Деталізований перелік щоденних дій молодшого медичного персоналу дитячого стаціонару:

- знайомити батьків госпіталізованих хворих дітей з правилами внутрішнього розпорядку відділення;
- супроводжувати хворих дітей (у разі потреби з батьками) та доставляти їхні історії хвороби до діагностичних та лікувальних відділень і кабінетів;
- інформувати палатну медичну сестру або лікаря про погіршення стану хворої дитини;
- стежити за дотриманням хворими дітьми і відвідувачами режиму дня у відділенні;
- супроводжувати у разі необхідності дітей старшого віку до туалету;
- повідомляти палатну медичну сестру про порушення хворими правил внутрішнього розпорядку;
- своєчасно змінювати натільну та постільну білизну, виносити брудну білизну;
- проводити санітарну обробку хворих дітей;
- транспортувати тяжкохворих дітей;
- проводити щоденний туалет, одягати (сповивати) дітей; доглядати за шкірою, волоссям, вухами, очима, ротовою порожниною хворих дітей та ін.;
- подавати судно, сечоприймач та забезпечувати їхdezінфекцію;
- проводити профілактику пролежнів.

Особиста гігієна, деонтологія поведінки медичного персоналу та принципи оформлення інформованої згоди з батьками

Одяг медичного працівника (медичний костюм, шапочка) повинен бути встановленої форми, чистим, охайним. Медична сестра перед чергуванням приймає душ, надягає чисту білизну, взуває спеціальне взуття, що дозволяє безшумно ходити відділенням та легко дезінфікується. Після закінчення чергування (зміни) медичний одяг залишають у спеціально відведеній для медичного працівника шафі. Дуже важливо, щоб у медичної сестри були коротко підрізані нігті

на руках. Обов'язково необхідно знімати ювелірні прикраси перед роботою. Обмежувати використання косметики. Користуватися парфумами не можна, хіба що з нерізким легким ароматом. Медичні працівники повинні постійно проходити медичний огляд, який дає їм допуск до роботи.

Бажано, щоб увесь медичний персонал відділення носив бейдж, де вказано: прізвище, ім'я, по батькові особи, посада та відділення, в якому працює.

Дитяча психіка у кожному віковому періоді своєрідна, і медперсоналу, який доглядає за хворими, слід враховувати усі чинники, які формують особистість дитини: генетичні, екзогенно-органічні, зовнішнього середовища (переважно родинні). Щоб краще зрозуміти стан дитини необхідно знати ще й обставини та проблеми, які існують у родині.

Виконуючи маніпуляції (іноді неприємні та болісні), медична сестра повинна враховувати індивідуальні особливості пацієнта та його стан і уміти відвернути увагу дитини від зайвих переживань і страхів.

Вона має чітко та сумлінно виконувати лікарські призначення. А під час спілкування з батьками та родичами пацієнтів проявляти тактовність.

Жодні особисті неприємності чи поганий настрій не повинні «відбиватися» на роботі медсестри та при спілкуванні з колегами та хворими. Вона повинна бути завжди витриманою, привітною, усміхненою, не допускати надмірну сухість та офіційність, легковажність у стосунках з пацієнтами.

У ст. 40 розділу V Закону України “Про надання лікувально-профілактичної допомоги” наголошується на обов'язку медичного персоналу зберігати професійну таємницю, якщо вона не зачіпає інтереси суспільства або хворого. Медичні сестри не мають права розголошувати і обговорювати відомості про хворобу, таємні подробиці про сім'ю дитини, отримані під час виконання професійних обов'язків.

Молодший медичний персонал не повинен перебирати на себе функції, що входять до компетенції лікаря чи медичної сестри: не

треба розказувати батькам чи родичам хворих дітей про характер захворювання, коментувати результати досліджень. Можна лише розповісти про загальний стан хворого, морально підтримати і підбадьорити батьків.

У присутності хворих не слід обговорювати або критикувати професійний рівень і призначення лікарів, тому що це може зашкодити авторитету лікаря та підірвати віру хворого в успіх лікування. Якщо медична сестра допустила помилку в роботі, краще не приховувати і не виправляти її самостійно, а чесно сказати про це лікарю. Чесність у роботі – це запорука злагодженої та ефективної роботи всього колективу лікарні.

Поведінка медсестри має викликати повагу та довіру, створювати у хворих та їх родичів упевненість, що їй можна довіряти здоров'я і життя дітей.

Медичний працівник не повинен допускати нервозності й метушні в роботі, а бути завжди зібраним, спокійним і врівноваженим, коректним, уважним, але без панібратства.

Дисципліна, товариська взаємодопомога, ввічливість та доброзичливе ставлення до пацієнтів і колег, готовність допомогти у складних ситуаціях повинні бути основою службових взаємин, які спрямовані на головне – здоров'я дитини.

Неуважність у роботі, сторонні розмови під час обслуговування хворих, необережне коментування поведінки колег можуть мати негативні наслідки.

Оформлення інформованої згоди, що утвердилося в сучасній системі охорони здоров'я, передбачає надання пацієнтові якнайповнішої інформації про доцільність та необхідність того чи іншого виду лікування. Воно діє і в педіатрії. Інформовану згоду на лікування надають батьки хворої дитини на посту медичної сестри під час прийому до відділення і вона закріплюється в історії хвороби. Якщо батьки відмовляються від лікування або неналежно виконують призначення, лікар повідомляє про це органи соціальної опіки. Примусове лікування соціально небезпечних хворих може здійснюватися лише за рішенням суду.

Принципи фахової субординації в системі педіатр–медична сестра– молодший медичний персонал

Демократичні взаємини з колегами при дотриманні суворої дисципліни та норм субординації є одними з аспектів медичної деонтології.

Поняття «субординація» (від лат. subordinatio – підкоряння) означає суворе службове підпорядкування молодшого за посадою старшому відповідно до службової вертикалі.

Режим, лікування і харчування забезпечує хворій дитині лікар, він же несе основну моральну і правову відповідальність за стан хворого. Медсестра повинна ретельно виконувати розпорядження лікаря, бо несвоєчасне чи неналежне виконання лікарських призначень може зашкодити успіхові лікування. Про труднощі у виконанні призначень слід повідомляти лікарю, за відсутності – завідувачу відділення, а у вечірній час – черговому лікарю. Палатна медсестра зобов'язана створити сприятливі умови під час обходу палат черговим лікарем або відвідання хворого лікарем-консультантом.

При виникненні у медсестри сумнівів щодо призначеного лікарем препарату або дози, вона повинна коректно, наодинці, повідомити про це лікарю. Якщо ж лікар підтвердив призначення, а медсестра продовжує вагатися, то зобов'язана доповісти про це завідувачу відділення. За будь-якої ситуації лікар повинен уважно поставитися до її думки і подякувати за уважність.

Зауваження молодшому за посадою не можна робити у присутності хворих чи їхніх родичів, а якщо виникла нагальна потреба, то робити це ввічливо та коректно, щоб у хворих або батьків хворої дитини не виникла підозра щодо неправильних дій медичного персоналу.

Субординації повинні дотримуватись палатні медсестри між собою та з молодшим медперсоналом, для яких вони є керівником. Розпорядження слід робити ввічливо, без роздратування чи зарозумілості та систематично контролювати виконання молодшим медперсоналом службових доручень. Вимогливість до себе, уміння

тактовно та доброзичливо звернути увагу колег на недоліки в роботі, а також без образ сприйняти справедливі зауваження щодо своєї особи — запорука успіху лікування хворих.

Організація роботи поста медичної сестри дитячого стаціонару

Як правило, сестринський пост розташовується недалеко від палат, які вона обслуговує. Пост медичної сестри повинен мати стіл, шафу для зберігання медикаментів і медичного інструментарію, пересувний столик для роздачі лікарських препаратів, столик для підготовки до різних маніпуляцій, холодильник для зберігання засобів, що швидко псуються, а також телефон, настільну лампу і умивальник (рис. 16).

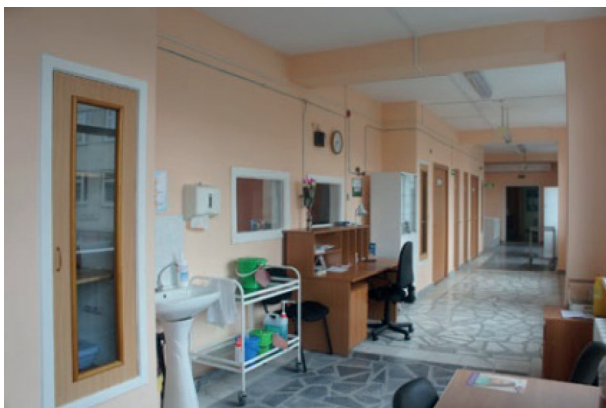


Рис. 16. Пост медичної сестри дитячого стаціонару

На посту медичної сестри зберігаються:

- відповідна документація;
- ліки добового об'єму для видачі пацієнтам;
- ліки для надання первинної допомоги;
- термометри;
- мензурки;
- тонометри;
- контейнери для збору сечі, калу;
- одноразові шпатель, шприці, маски та гумові рукавички;
- дезінфікуючі засоби для миття рук і обробки мензурок та ін.

Робота сестринського поста підпорядкована лікарняному режиму. О 7-й ранку сестра вмикає світло в палатах, вимірює температуру тіла хворих і фіксує дані у температурному листку, виконує санітарну обробку хворих, провітрює палати, збирає та відправляє матеріал на дослідження в лабораторію.

Впродовж робочого дня медична сестра виконує призначення лікаря. Крім того, до її обов'язків входить зразкове утримання сестринського поста, дотримання правил зберігання лікарських засобів, складання заявок на лікарські засоби та предмети догляду за дітьми, замовлення машини для перевезення дитини до іншої лікувально-профілактичної установи. Вона також стежить за дотриманням хворими, молодшим медичним персоналом і відвідувачами правил внутрішнього розпорядку лікарні.

Медсестра з 17 до 19 години повторно проводить термометрію, роздає ліки, виконує маніпуляції, призначені на вечірні години (зокрема вечірній туалет тяжкохворим), і о 22 годині вмикає світло в палатах. З 22 до 7 години ранку вона щогодини робить обхід відділення, звертаючи особливу увагу на стан тяжкохворих. Медсестра не має права залишати свій пост, не дочекавшись наступної зміни.

Перелік та правила ведення документації постової медсестри

Журнал здачі чергувань. До нього заноситься перелік невиконаних призначень за попередню зміну, призначення чергового лікаря, підготовку дітей до лабораторних та інструментальних досліджень на день, зазначають хворих з підвищеною температурою, тяжкохворих, кількість і технічний стан інструментів, предметів догляду та ін. У журналі також фіксуються відомості про кількість госпіталізованих, виписаних, переведених.

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003\o), або історія хвороби – це основний медичний документ стаціонару, який заповнюється на кожного хворого (див. додаток 4). У медичній карті стаціонарного хворого є всі необхідні дані, які характеризують стан хворого протягом періоду перебування у стаціонарі, організацію його лікування, дані об'єктивних обстежень та призначень.

Температурний лист. Заповнюється щоденно, є графічним зображенням основних показників стану здоров'я хворого: пульс, артеріальний тиск, температура, маса тіла, діурез, сатурація тощо (див. додаток 5).

Листок лікарських призначень. У ньому медична сестра відмічає виконання призначень своїм підписом (див. додаток 6).

Щоденник роботи середнього медичного працівника (фл№039\у) (сестринський зошит), в якому виписані призначені на чергову зміну маніпуляції, ін'єкції, лабораторні та інструментальні дослідження (див. додаток 7).

Журнал обліку процедур (форма 029\о) – оперативний документ, в якому реєструються медичні процедури, які проводяться хворому.

Журнал санітарно-освітньої роботи. До журналу регулярно заноситься дата і тема бесіди на відповідні теми.

Журнал реєстрації оглядів на педикульоз. До нього заноситься результат щотижневого огляду кожного хворого.

Журнал екстрених повідомлень. До нього записуються екстрені випадки, що потребують термінового з'ясування (інфекційне захворювання, отруєння, небезпечна реакція на щеплення, лікарські препарати), причини їх виникнення та запобігання поширенню патології (див. додаток 11).

Журнал реєстрації інфекційних захворювань. До журналу заноситься прізвище, ім'я, вік дитини, яка має інфекційне захворювання, діагноз, дата, контакти (див. додаток 12).

Правила зберігання ліків та розкладки їх пероральних форм

До ліків пероральної форми відносяться: таблетки, порошки, краплі, сиропи, мікстури та ін.

Старша медична сестра відділення веде журнал обліку лікарських засобів за встановленою формою. Вона отримує препарати в аптеці стаціонару, яка контролюється головною медичною сестрою.

Згідно з журналом призначень постова медсестра щоранку отримує необхідні на добу ліки у старшої медичної сестри відділення та згідно з листком призначень відбирає потрібні медикаменти, уважно перечитує етикетки.

Порядок дій постової медичної сестри для роздачі пероральних ліків:

1. **Ретельно контролює термін їх придатності.**
2. **Відмічає відповідність органолептичних властивостей препаратів.**
3. Особливу увагу приділяє **концентрації діючої речовини та дозуванню за віком і тяжкістю захворювання.**
4. Тільки після перевірки вона має право розкладати ліки **в тій послідовності, у якій їх прийматиме хворий протягом доби у відповідні марковані мензурки.**
5. Роздача мензурок хворим дітям відповідно до часу проводиться, як правило, після прийому їжі (зрідка – до харчування).
6. Прийом ліків проводиться **обов'язково в присутності медичної сестри.**

Особлива увага має приділятися дозуванню лікарських препаратів. Якщо медична сестра бачить відмінності між призначеннями лікаря та дозуванням, вказаним у інструкції препарату, вона повинна узгодити це питання з лікарем, щоб **не допустити помилки.**

Кожні ліки дають окремо. Порошки і краплі розводять у невеликій кількості солодкої або перевареної води, у ложці або спеціальній мензурці. До сучасних лікарських препаратів для дітей додаються мірні ложечки.

Усі мензурки **промарковані** за прізвищем хворої дитини та вказується час доби: «Р» – ранок, «Д» – день, «В» – вечір. Вони розставляються на спеціальний столик чи роздавальний піднос, поділений та маркований за палатами.

Способи зберігання лікарських засобів для орального, місцевого та ентерального лікування у педіатричному відділенні (рис. 17)

1. Медикаменти для парентерального введення зберігають у шафі з позначкою «Ін'єкційні» у процедурному кабінеті. В одне гніздо складають антибіотики, у друге – вітаміни, у третє – анальгетики і т.д.
2. В окремій шафі або на окремих полицках шафи зберігають медикаменти для ентерального застосування.

3. У холодильнику при температурі 4–8°C мають зберігатися настої, відвари, емульсії, сироватки, вакцини, органопрепарати, розчини, що містять глюкозу.
4. Окремо зберігають препарати з різким запахом (камфора, лізол, йодоформ), щоб їхній запах не поширювався на інші препарати.
5. Вогнебезпечні речовини: спирт, ефір, а також перев'язувальний матеріал, шприці, системи, голки також зберігають окремо.
6. Спиртові та ефірні розчини, настої, екстракти зберігають у флаконах із добре притертим корком, оскільки спирт та ефір випаровуються, і ліки стають більш концентрованими.
7. Мікстури зберігають до 3 діб, відвари, настої, слизи – 2 доби.
8. Стерильні розчини, виготовлені в аптеці і закупорені під обкату, зберігають 10 діб. Стерильні розчини, закупорені під обв'язку – 3 доби.



Рис. 17. Способи зберігання лікарських засобів

Якщо приготовлені стерильні розчини протягом дозволеного терміну не були використані, їх утилізують навіть за відсутності ознак непридатності (зміни кольору, появи осаду).

Після використання *мензурки для роздачі оральних форм ліків дезінфікуються наступним чином:*

- 1) замочуються у 0,2 % розчині Дезактину на 0,5 години;
- 2) розкладаються у сухожаровій шафі для сушки при 120 градусах на півгодини;
- 3) стерильні зберігаються у шафі на посту.

Методика проведення гігієнічних та лікувальних ванн

Дітей першого року життя купають щоденно (за відсутності протипоказань), а дітям старше 1 року гігієнічну ванну проводять раз на 7-10 днів.

У приміщенні ванни має бути світло, чисто та тепло (25°C). Під час прийняття ванни забороняється відкривати квартирки. У кожній ванні повинен бути дерев'яний настил, на який кладуть пелюшку, яку змінюють після кожного хворого.

Ванну перед купанням обов'язково ретельно миють щіткою з милом та протирають 1 % розчином хлораміну, потім ополіскують водою. Ванну наповнюють безпосередньо перед купанням, почергово наливаючи холодну та гарячу воду. Заповнюють ванну на 1/2 або 2/3 – вода повинна досягати середньої третини грудної клітки дитини і не закривати ділянку серця. Температуру води вимірюють спеціальним термометром.

Дитину миють фланелевою рукавичкою або індивідуальною губкою. Спочатку голову, потім тулуб і ноги, особливо ретельно протирають складки на шії, в пахвинних і пахових ділянках.

Тривалість прийняття ванни для дітей другого року життя 8-10 хвилин, старше 2 років – 10-20 хв (рис. 18).

Використовують тільки «Дитяче» мило. У кінці купання дитину обливають теплою водою (36,5°C) з душа або глечика, загортають у простирадло. Шкіру ретельно промокають, особливо

дітям першого року життя. Шкірні складки у разі необхідності змащують дитячим кремом. Волосся витирають, і на голову пов'язують хустинку. Тяжкохворих миють, занурюючи і виймаючи з ванни на простирадлі. Після купання дитину перевдягають у чистий одяг. У день купання, як правило, міняють і постільну білизну.

Про проведення гігієнічної ванни роблять відмітку у медичній карті стаціонарного хворого.



Рис. 18. Проведення гігієнічних ванн

Серед протипоказань до проведення медичних ванн гіпертермія, деякі шкірні захворювання, тяжкий загальний стан, явища декомпенсації з боку окремих органів і систем організму.

Лікувальна (загальна) ванна. Лікувальну ванну призначає лікар.

Їх розрізняють залежно від температури води:

- гарячі – 40°C, але не більше 42°C;
- теплі – 38°C (на 1°C вище температури тіла);
- індиферентні – 37°C (рівна температурі тіла);
- прохолодні – 30–33°C;
- холодні – нижче 20°C.

Також лікувальні ванни можуть бути з лікарськими речовинами або ж травами (рис. 19).



Рис. 19. Лікувальні ванни для хворих

Дітям призначають такі ванни:

- 1) гарячі гірчичні (100 г гірчиці на 10 л води). Починають з температури 36°C, тривалість 3–7 хв. При захворюваннях органів дихання.
- 2) крохмальні (100 г крохмалю на 10 л води). Підсушує та зменшує відчуття свербіння. Призначають при екземі.
- 3) морські (50–200 г морської солі на відро води). Температура першої ванни 36–36,5°C, тривалість 3–10 хвилин. Після 2–3 ванн тривалість збільшують на 1 хв. Після морської ванни дітей обмивають теплою водою. Призначають 2–3 рази на тиждень при рахіті, гіпотрофії. Курс 15–20 ванн.
- 4) хвойні (2-3 мл хвойного екстракту на відро води). Температура 36–37°C. Тривалість 7–10 хв. Призначають при функціональних розладах нервової системи.

Медична сестра під час проведення ванни стежить за пульсом, диханням, кольором шкірних покривів. Якщо дитина зблідла, скаржиться на запаморочення, її терміново виймають з ванни, кладуть на кушетку, піднявши догори ноги, дають понюхати ватку, змочену нашатирним спиртом, розтирають скроні. У таких випадках необхідно терміново викликати лікаря.

Ручна ванна. Застосовується при захворюваннях органів дихання. Для процедури береться дитяча ванна, таз та ін. Одну або обидві руки дитини занурюють у воду по лікті. Щоб посилити под-

разнюючу дію можна додати у воду трохи сухої гірчиці. Поступово збільшують температуру води з 37 до 40°C. Тривалість ванни 10–15 хв (рис. 20).



Рис. 20. Проведення ручних ванн

Ножна ванна. В емальоване відро або бачок з водою не нижче 36–37°C опускають ноги дитини і поступово доливають гарячу воду, доводячи її температуру до 40°C. Додають профільтрований розчин гірчиці з розрахунку 100 г на 10 л води. Тривалість процедури 10–15 хв. Після цього витирають ноги досуха, одягають бавовняні панчохи, поверх них шерстяні шкарпетки. Хворого вкладають у ліжку у напівсидячому положенні, тепло вкривають. Рекомендовані при простудах, гіпо- та гіпертонічних станах, локально ураженні суглобів (рис. 21).



Рис. 21. Проведення ножних ванн

Алгоритм накладання зігріваючого компресу на суглоби

1	2
Мета	Лікувальна.
Показання	Визначає лікар (запальні процеси суглобів та інше).
Протипоказання	Визначає лікар (гнійні захворювання шкіри, алергічні висипання, гіпертермія).
Підготувати необхідне	Лоток, марля, вата, бинт, компресний папір, ножиці, спирт етиловий 40°, рукавички.
Алгоритм виконання	<p>Психологічно підготуйте пацієнта до виконання маніпуляції, отримайте згоду на її проведення.</p> <p>Звільніть місце накладання компресу, огляньте його.</p> <p>Вимийте руки, вдягніть рукавички.</p> <p>Складіть марлю необхідного розміру у 6-8 шарів, щоб розміри першого шару були на 3 см більше визначеної ділянки компресу.</p> <p>Змочену у 40 % розчині етилового спирту серветку відтисніть, покладіть щільно на місце накладання компресу.</p> <p>Другий, герметизуючий шар з компресного паперу повинен на 2 см перекривати попередній з усіх боків.</p> <p>Третій, утеплюючий ватний шар повинен бути на 2 см більше від попереднього.</p> <p>Четвертий, закріплюючий шар: щільно перебинтуйте усі попередні шари, щоб пов'язка не обмежувала рухів і не стискала кровоносних судин. Через 2 години просуньте вказівний палець під нижній шар компресу.</p> <p>Якщо серветка волога та тепла, то компрес накладений правильно.</p> <p>Залиште його на 6-8 годин.</p>
Зауваження	<p>Приготування водно- спиртового розчину: 2 частини води та 1 частина 96° етилового спирту.</p> <p>Компрес накладений правильно, якщо прокладка, яка прилягає до шкіри, після зняття компресу волога та тепла.</p>
Заповнити документацію	Зроби відмітку про накладений компрес у листку призначень.

Алгоритм проведення постурального (дренажного) масажу

Основними показаннями для процедури місцевого призначення є такі діагнози, як гострий простий бронхіт, гострий обструктивний бронхіт в стадії реабілітації, гостра пневмонія.

1	2
Мета	Виведення мокротиння з дихальних шляхів дитини.
Місце виконання	Стаціонар, поліклініка, домашні умови.
Примітка	Під дитину необхідно підкласти невелику подушку чи валик, або масажний стіл нахилити під кутом 30-45° від підлоги, щоб голова малюка була нижче тулуба. Загальна тривалість постурального дренажу становить не менше 20-30 хвилин.
Послідовність дій	<ul style="list-style-type: none"> – Покласти дитину обличчям вниз на подушку або валик, щоб голова була нижче тулуба, можна також розмістити малюка на колінах. – Від середини хребта з двох сторін захопити трохи шкіри. – Перебираючи її, рухатися у напрямку до плечей. – Відступити на пару см до країв боків, зробити таку ж маніпуляцію. Робити по 10-20 підходів. <p>Тривалість не більше 3-5 хв 3 рази на добу протягом 5 днів. Після кожного сеансу у малюка буде виводитися мокротиння. Для збільшення ефективності можна перед масажем дати йому відхаркувальний лікувальний сироп.</p>
Заповнити медичну документацію	Про процедури зробіть відмітку у листку призначень.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Купання лежачих хворих у ванні та душовій кімнаті. Відеоінструкція. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=CzsaHkUcqHU>
2. Методика постурального масажу дитині. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=UTX0TwLK1uk>
3. Постуральний масаж дитині до року. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=wuwZ1foFcRo>
4. Як купати дитину. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=JSE2TfWop7U>
5. Перше купання новонародженого. URL : https://www.youtube.com/watch?v=z9EY_gdLE08

Контрольні питання до теми

1. Назвіть перелік медичної документації дитячого стаціонару.
2. Назвіть функціональні обов'язки медичної сестри педіатричного стаціонару.
3. Перерахуйте перелік маніпуляцій та процедур, які відповідають професійним навичкам медичної сестри.
4. Назвіть функціональні обов'язки молодшої медичної сестри педіатричного стаціонару.
5. Вкажіть, які дані вносяться в журнал руху хворих по відділенню.
6. Вкажіть, які дані вносить в історію хвороби дитини медична сестра.
7. Назвіть основні положення передачі чергування медичного персоналу відділення.
8. Назвіть правила зберігання ліків у відділенні.
9. Вкажіть порядок дій постової медичної сестри при розкладці пероральних препаратів.
10. Вкажіть основні вимоги до гігієни медичного персоналу.
11. Назвіть показання та основні положення техніки постурального масажу.
12. Назвіть показання до проведення лікувальних ванн.
13. Назвіть протипоказання до проведення компресів в педіатрії.

Тестові завдання

1. Як часто слід проводити гігієнічні ванни дитині 1 року в стаціонарі?
 - А) Раз на тиждень
 - Б) Щоденно
 - В) Двічі на тиждень
 - Г) Через день
 - Д) Раз на 2-3 дні
2. Перед проведенням гігієнічної ванни та після неї саму ванну обробляють:
 - А) 30 % розчином перекису водню
 - Б) 1 % розчином хлорного вапна
 - В) 1 % розчином хлораміну
 - Г) Проточною водою
 - Д) Нічим не обробляють
3. В обов'язки медичної сестри не входить:
 - А) Заповнення медичної документації
 - Б) Виконання призначення лікаря
 - В) Встановлення діагнозу пацієнта
 - Г) Проведення санітарно-протиепідемічних заходів
 - Д) Санітарно-просвітницька робота серед молодшого персоналу
4. Медична сестра в історії хвороби заповнює наступні розділи:
 - А) Епікриз
 - Б) Температурний лист
 - В) Щоденник
 - Г) Статистичний талон
 - Д) Листок призначення
5. Мензурки, в які розкладають ліки, після використання:
 - А) Складаються до шафи
 - Б) Миються під проточною водою
 - В) Замочуються у дезрозчині з подальшою стерилізацією
 - Г) Зберігаються у пацієнта до його виписки зі стаціонару
 - Д) Утилізуються

Рекомендована література

1. Медсестринство в педіатрії: підруч. / В. С. Тарасюк, Г. Г. Титаренко, І. В. Паламар та ін. . 2-е видання. Київ: Видавництво «ВСВ "Медицина"», 2021. 336 с.
2. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / Л. С. Савка, Л. І. Разінкова, О. І. Коцар, Л. М. Ковальчук, О. В. Кононов. 4-е видання. Київ : Видавництво «Медицина», 2018. 600 с.
3. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Київ : Видавництво «ВСВ "Медицина"», 2019. 392 с.
4. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів / В. Г. Майданник, В. Г. Бурлай, О. З. Гнатейко та ін.; за ред. проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид., випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 872 с.
5. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій: навчальний посібник / В. С. Березенко, О. В. Тяжка, А. М. Антошкіна та ін. 3-є видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2018. С. 5–14, 16–20, 20–24.
6. Сестринська справа : підруч. / Н. М. Касевич, І. О. Петряшев, В. В. Сліпченко та ін.; за ред. В. І. Литвиненка. 3-є вид., випр. Київ : Видавництво «ВСВ "Медицина"», 2017. 816 с.
7. Алгоритм практичних навичок з «Медсестринства у внутрішній медицині» та «Основ медсестринства». URL: http://nurse.net.ua/images/stories/nakazu/konkurs2013_terapiya.pdf
8. Наказ МОЗ України від 23.07.2002 № 280 «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0639-02#Text>
9. Наказ МОЗ України від 01.06.2013 № 460 «Потокол медичної сестри (фельдшера, акушерки) з взяття матеріалу для лабораторних досліджень». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0460282-13#Text>

Електронні ресурси

1. <http://www.meddean.luc.edu/lumen/meded/medicine/pulmonar/pd/contents.htm>;
2. <http://meded.ucsd.edu/clinicalmed/>;
3. <http://medsoft.ucoz.ua>; <http://mozdocs.kiev.ua>



Розділ IV

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЗОВНІШНЬОГО ТА ВНУТРІШНЬОГО ВИКОРИСТАННЯ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Актуальність

Фармацевтична ланка – одна з найважливіших складових в галузі охорони здоров'я та доказової медицини. Від правильного зберігання лікарського засобу, дотримання правил введення препарату та правильного дозування залежить безпека дітей та клінічна ефективність терапії. Тому дуже важливим є обізнаність та налагоджена робота медсестри та лікаря для правильного обліку та використання медичних препаратів.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень

Скорочення	Термін	Визначення
1	2	3
	Лікарські засоби	Речовини, або суміші речовин, які застосовують для лікування, профілактики та діагностики захворювань.
	Інгаляції	Метод введення лікарських засобів шляхом дихання газів, пару та ін.

1	2	3
	Інгалятор	Прилад- розпилювач спеціальних речовин.
	Міхур з льодом	Гумова ємність з кришкою, до якої закладають шматки льоду. Цей метод використовується для звуження кровоносних судин та зупинки кровотечі. Замінниками міхура з льодом можуть бути сольові грілки, або холодоелементи, які зберігаються в холодильнику.
	Гірчичники	Різновид пластирів або гірчичний папір (лат. Charta sinapisata) — прямокутні листки паперу 8×12,5 см, покриті шаром знежиреного порошку насіння чорної (Brassica nigra) або сарептської (Brassica juncea) гірчиці з носієм.
	Ректальні супозиторії	Лікарська форма для введення у пряму кишку.
	Компрес	Багатошарова лікувальна пов'язка діє як відво-лікаючий або як розсмоктуючий засіб.
	Аерозоль	Дисперсна система, що складається зі зважених дрібних частинок у газовому середовищі, зазвичай у повітрі.
	Небулайзер	Прилад, у якому завдяки компресорному чи ультразвуковому механізму утворюється тепла хмара з дрібнодисперсного лікарського засобу, яку легко вдихати і вона швидко проникає в легені та бронхи.
	Спейсер	Додаткова камера для інгаляції, яка дозволяє розпорошувати ліки в його порожнині та глибоко надходити у бронхи та легені у більшій концентрації, менше осідаючи у роті та гортані.

Правила отримання медикаментів постовою медичною сестрою дитячого відділення

Згідно з прописаними у листку призначень медикаментами, медична сестра щоденно переносить їх у журнал призначень. Далі постова медична сестра отримує ліки у відділення по журналу призначень від старшої медичної сестри. Деякі препарати, що не входять в обов'язковий список, які отримує лікарня за держзакупівлі, надають батьки згідно з індивідуальною схемою лікування. Останні

теж повинні бути строго фіксованими у листку призначень хворої дитини та підлягають розкладці та видачі медичною сестрою. Самостійний прийом препаратів пацієнтами суворо заборонений.

Журнал обліку лікарських засобів веде старша медична сестра відділення за встановленою формою (див. додаток 13).

Медична сестра перед роздачею ліків відбирає потрібні медикаменти та проводить розкладку згідно з листком призначень та відповідним переліком дій, що описані у попередньому розділі.

Для дітей порошки і краплі у ложці або спеціальній мензурці розводять у невеликій кількості солодкої або звичайної перевареної води. *Змішувати препарати не можна, кожен дають окремо.*

Сучасні лікарські препарати для дітей містять мірні ложечки.

Техніка внутрішнього введення пероральних лікарських засобів (через рот)

Вживання дітьми ліків через рот має деякі складнощі через неприємний запах або смак деяких засобів, великі розміри таблеток або драже, що викликає у них неприємні відчуття або ж важко проковтнути. Діти краще сприймають *розчини або суспензії*, а таблетки доводиться подрібнювати і розводити молоком, водою або сиропом. Дітям грудного віку рідинний лікарський засіб краще давати частинами, обережно, у кількох ложечках (рис. 22).



Рис. 22. Техніка введення лікарських засобів через рот

Дитина повинна приймати ліки в присутності медичної сестри. Медична сестра повинна проконтролювати, щоб дитина проковтнула ліки та запила їх достатньою кількістю води. А потім ємкості (мензурки), де знаходились ліки для кожного хворого, повинні знезаражуватись. Для цього їх замочують у дезрозчині з подальшою стерилізацією (див. вище).

Застосування супозиторіїв (свічок) для введення у пряму кишку

Введення лікарських препаратів у супозиторіях ректально широко використовують у педіатричній практиці. Такий спосіб дає можливість уникнути подразливої дії лікарського препарату на шлунок; лікарська речовина не руйнується від дії шлункового соку; є зручним способом, коли ввести лікарський засіб через рот неможливо (непритомний стан дитини, блювання, захворювання стравоходу, шлунка, кишок, печінки). Цей спосіб введення лікарських речовин використовують для отримання як місцевого, так і системного ефекту.

Супозиторії – ректальні свічки, що мають форму циліндра, конуса, їх маса коливається від 1,4 до 4 г; для дітей існують спеціальні дитячі лікарські форми з дозою діючої речовини відповідно до віку.

Фармакологічні речовини, які вводяться у пряму кишку через ректальні супозиторії, діють швидше, ніж при введенні ліків перорально, оскільки всмоктування відбувається через нижні й середні гемороїдальні вени і надходження у загальне коло кровообігу (нижню порожнисту вену), минаючи печінку. До складу дитячих ректальних свічок входять антипіретики, знеболювальні, імуностимулюючі та засоби для профілактики і лікування вірусних інфекцій, профілактики та лікування закрепіт у дітей.

Супозиторії *зберігають* у сухому, темному, недоступному для дітей місці за температури не вище 27°C. Забороняється зберігати їх з розкритою або відсутньою захисною оболонкою.

Техніка введення:

- Сповивальний стіл, кушетку або ліжко застелити клейонкою та накрити пелюшкою.
- Вимити руки, надягнути гумові рукавички.
- Покласти дитину грудного віку на спину, старше року – на лівий бік з приведеними до живота ніжками.
- Зняти з ректальної свічки захисну оболонку.
- Лівою рукою розвести дитині сідниці, а правою обережно ввести свічку вузьким кінцем у відхідник за зовнішній сфінк-

тер прямої кишки, інакше через скорочення м'язів сфінктера вона може бути витиснута назовні.

- Стиснути сідниці дитини на декілька хвилин.

Дітям старшого віку цю процедуру краще проводити після спорожнення кишок (рис. 23).

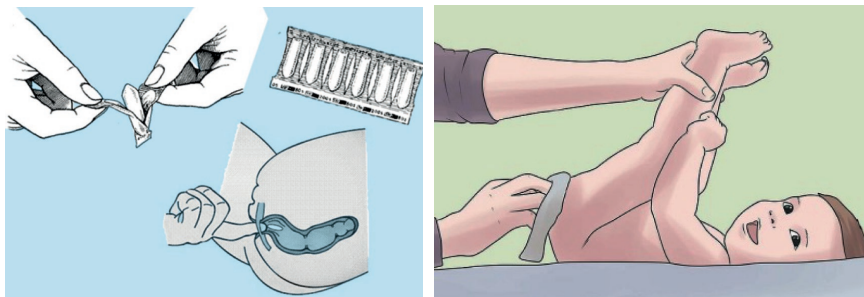


Рис. 23. Техніка введення супозиторіїв

Обов'язковою є психологічна підготовка дитини до такої процедури, оскільки іноді діти не розуміють, що з ними будуть робити і через це дуже нервують.

Особливості використання очної мазі, очних та вушних крапель

Дітям при захворюваннях очей за призначенням лікаря закачують краплі, або закладають мазь. Перед процедурою медична сестра обробляє руки антисептиком, одягає стерильні рукавички. Якщо у флаконі з краплями немає піпетки, лікарський засіб набирають у звичайну стерильну піпетку.

Перед початком маніпуляції слід обов'язково звірити назву препарату на флаконі та в листку призначень, а також перевірити термін придатності. Приготувати кілька шматочків стерильної вати (*не менше 4 тампонів*). При заповненні піпетки потрібно стежити, щоб ліки не потрапляли в гумову частину, слід тримати піпетку строго вертикально. Для крапель в очі, вуха або ніс повинні бути окремі піпетки. Закапувати краплі маленьким дітям зручніше з помічником, який буде утримувати голову, руки і ноги малюка.

Техніка закапування крапель в очі:

- Дитину вкласти на спину;
- Взяти шматочок приготовленої вати. Вказівний палець лівої руки розмістити на верхній повіці ока, а великий зі шматочком вати – на нижній повіці;
- Нижню повіку відтягнути злегка вниз;
- Ввести з піпетки 1–2 краплі ліків на внутрішню поверхню нижньої повіки, ближче до зовнішнього кута ока;
- Очі злегка витерти 1-м ватним тампоном за нижнім віком ока у напрямку від скроні до носа, 2-м – за верхнім віком ока. Ще мінімум 2 стерильних ватних тампони використовуються для другого ока. (Таким чином, необхідно мати 4 ватних тампони на обидва ока). Дітям старшого віку закапувати очі можна в положенні сидячи (рис. 24).

Техніка закладання мазей в очі:

Мазь в очі закладають за допомогою спеціальної скляної палички у вигляді лопаточки. На неї видавлюють невелику кількість мазі з тюбика. Потім відтягують нижню повіку і дуже акуратно закладають мазь за край повіки. Закривають очі і злегка масажують повіки для рівномірного розподілу мазі. Після процедури дитина повинна кілька хвилин посидіти чи полежати із заплющеними очима (рис. 24).

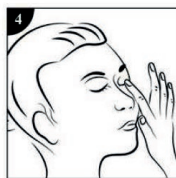
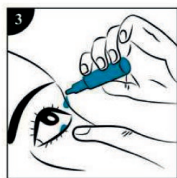
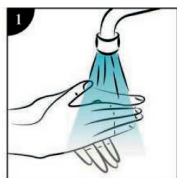


Рис. 24. Техніка закапування та закладання мазей в очі

Техніка закапування крапель у вуха:

- Перед застосуванням краплі підігрівають, опустивши на кілька хвилин флакон з ліками в посудину з гарячою водою, та перевіряють їх температуру, капнувши собі на тильну поверхню кисті.
- Дитину вкладають на бік хворим вухом догори.
- Зовнішній слуховий прохід очищають ватним тампоном.
- Набирають краплі у піпетку.
- Під час закапування крапель у ліве вуха голову хворого повертають праворуч або нахиляють до правого плеча. Лівою рукою відтягують мочку вуха – у дітей раннього віку у напрямку назад і вниз, у старших – назад і вгору. Це пов'язано з анатомічними особливостями зовнішнього слухового ходу у дітей. Закапують кілька крапель (згідно з інструкцією чи за призначенням лікаря) у слуховий хід. Після цього у вуха закладають невеликий ватний тампон на кілька хвилин або пов'язують голову хустинкою.
- Закривають зовнішній слуховий прохід чистою ватою (але так, щоб шматочок вати не проник в глибину). *Рис. 25.*

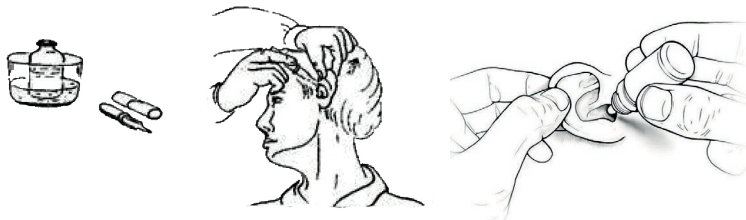


Рис. 25. Техніка закапування крапель у вуха

Техніка закапування крапель у ніс:

- Закапувати зручніше з допомогою помічника: маленьких дітей він може тримати напівлежачими на руках.
- Дітям старшого віку краплі в ніс можна вводити в положенні лежачи або сидячи з закинутою головою.
- Перед процедурою ніс дитини очищають від слизу і корочок: малюкам ватним «гнотиком» (окремим для кожної ніздрі), а діти старшого віку повинні висякатися, по черзі звільняючи

правий і лівий носові ходи. Дітям грудного віку слиз з носових ходів відсмоктують.

- Набирають ліки у піпетку.
- Злегка піднімають кінчик носа дитини.
- При закапуванні правої половини носа голову дитини нахилиють вліво та вводять 2–3 краплі ліків.
- Для рівномірного розподілу лікарського засобу на слизовій оболонці залишають голову дитини в такому положенні протягом 30–60 секунд.
- Така ж послідовність введення крапель в інший носовий хід (рис. 26).

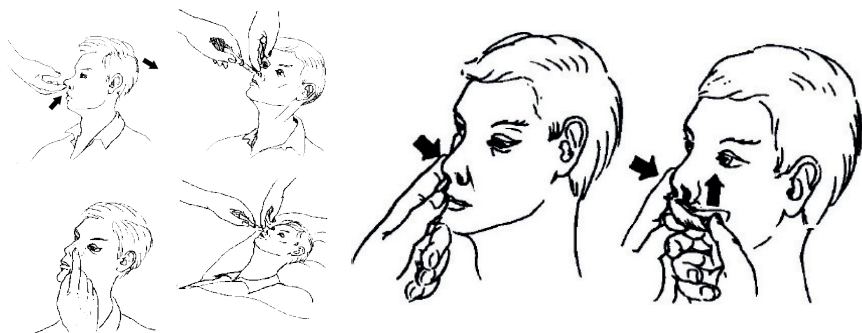


Рис. 26. Техніка закапування крапель у ніс

Особливості проведення дітям інгаляційної терапії

Інгаляції – фізіологічний природний метод введення розпоросених у повітрі лікарських речовин через дихальні шляхи. Вдихати можна дрібно розпоросені рідкі або тверді медикаменти (аерозолі), а також газоподібні або їх суміші (найчастіше – кисень, тепла водяна пара, вуглекислота, закис азоту та інші). Для утворення аерозолів застосовують спеціальні апарати – інгалятори. Інгаляції насамперед викликають місцеву дію на слизові дихальні шляхи, ефект значною мірою залежить від ступеня дисперсності аерозолу. Для проведення процедури маленьку дитину беруть на руки, більш доросла – сама сидить на стільці. Аерозоль підводять до дитини за допомогою

маски. Більш дорослі можуть користуватися і мундштуком. Маски і мундштуки після інгаляції миють і стерилізують. Під час інгаляції бажано, щоб хвора дитина дихала спокійно та глибоко. Якщо ж дитина кричить і заспокоїти її неможливо – це не завадить проведенню процедури, бо під час крику дитина робить глибший вдих. Тривалість інгаляції дозує лікар, зазвичай це 5–10 хв.

Для лікування різних захворювань дихальної системи застосовуються інгалятори. Існують такі види інгаляторів (рис. 27):



Таблиця 1. ДАІПТ

			
Типовий дозований аерозольний інгалятор	Інгалятор типу Турбухайлер	Інгалятор типу Аутохайлер	Інгалятор типу Акухайлер/Дискус

Рис. 27. Види інгаляторів

1. *Тепловологий (паровий)* найчастіше застосовується при фізіотерапевтичному лікуванні захворювань порожнини носа, придаточних пазух носа, запальних захворювань глотки та гортані. Для цих інгаляцій використовують теплі розчини, ефірні олії, трав'яні відвари.

2. *Компресійний (небулайзерний)* використовує для розпилення стиснуте повітря. Сам термін «небулайзер» походить від «nebula» і дослівно означає туман або хмара. Поява даного приладу ще в далекому XVIII столітті характеризувало перетворення рідини з

ліками в аерозоль для виконання інгаляцій. Відмінність небулайзера від парових апаратів полягає в тому, що він створює за допомогою аерозольного методу потік лікарських мікрочастинок.

3. *Ультразвукові небулайзери* – для розпилення застосовуються височастотні ультразвукові коливання, генеровані за допомогою п'єзокристалу.

Дітям раннього віку рекомендовані інгалятори зі спеціальними насадками – *спейсерами*, які запобігають втратам лікарського засобу під час інгаляції (рис. 28). Виконують інгаляцію до відповідно віку та тяжкості захворювання. *Кратність інгаляцій на добу, дозування ліків, термін проведення однієї процедури* – за призначенням лікаря.

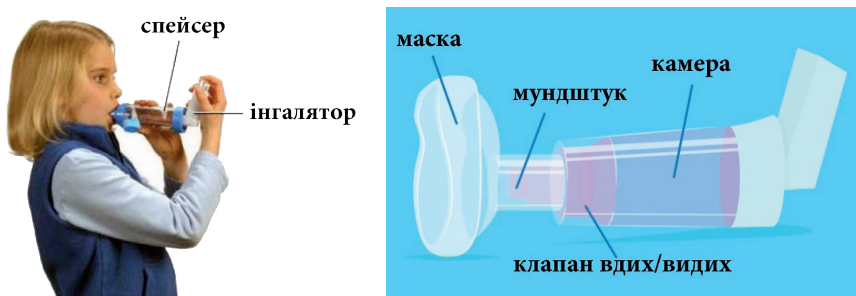


Рис. 28. Інгалятор зі спейсером

Правила користування кишеньковим, стаціонарним інгаляторами та їх первинна санітарна обробка

Перевірка інгалятора. Робиться перед першим використанням інгалятора або після перерви в користуванні більше тижня. Слід зняти ковпачок мундштука, злегка натискуючи на нього з боків, добре струснути інгалятор та зробити одне розпилення у повітря, щоб переконатися в його адекватній роботі.

Послідовність використання інгалятора:

1. Зняти ковпачок мундштука і, злегка натискуючи на нього з боків, переконатися в чистоті внутрішньої та зовнішньої поверхонь мундштука.
2. Старанно струснути інгалятор.

3. Тримати інгалятор вертикально між великим та рештою пальців, причому великий палець повинен бути на корпусі інгалятора нижче мундштука.
4. Зробити максимально глибокий вдих, мундштук вставити у рот між зубами, охопити його губами, не прикушуючи.
5. Вдихнути через рот, у цю ж мить натиснути на верхівку інгалятора для розпилення ліків. Хворий повинен повільно і глибоко вдихати. Одне натискання на верхівку інгалятора відповідає одній дозі.
6. Затримати дихання наскільки це можливо та вийняти інгалятор з рота.
7. Якщо є необхідність у продовженні процедури, треба через 30 с, тримаючи інгалятор вертикально, виконати дії, описані в пунктах 2–6.

Для правильного застосування небулайзера потрібно знати правила експлуатації і техніку інгаляції. Для цього необхідно:

- Відкрити небулайзер.
- Перелити рідину з небули або розчин з флакону (разову дозу препарату).
- Додати ізотонічний розчин хлориду натрію до потрібного об'єму 2–3 мл.
- З'єднати небулайзер і компресор, увімкнути компресор.
- Виконати інгаляцію до повного використання розчину (рис. 29).



Рис. 29. Правильне користування небулайзером

Первинна санітарна обробка небулайзера здійснюється безпосередньо медичним персоналом, який проводить процедуру небулізації. Для цього небулайзер розбирають, промивають насадки теплою водою з детергентом, просушують. В подальшому небулайзер і насадки стерилізують в автоклаві при температурі 120°C і тиску 1,1 атм.

Алгоритм постановки гірчичників на грудну клітку

Показання	Захворювання органів дихання
Проти-показання	Обструкція або алергічна схильність , легенева кровотеча, злякисні новоутворення, захворювання шкіри.
Місце виконання	Дитяча лікарня, домашні умови.
Підготуй необхідне	Гірчичники, лоток з водою температури 40°–45°C, серветка, пелюшка, вазелін.
Алгоритм виконання	1. Вимити руки. 2. Покласти дитину на живіт, головою на бік. 3. Гірчичники змочити у теплій воді та прикласти гірчицею до шкіри грудної клітки на спині, зверху прикрити пелюшкою. 4. Дитину покласти на спину і прикласти гірчичники до шкіри передньої поверхні грудної клітки справа. 5. Дитину вкрити пелюшкою, ковдрою. 6. Через 3–5 хвилин зняти гірчичники та видалити залишки гірчиці мокрою серветкою. 7. Шкіру витерти насухо, змастити вазеліном. 8. Дитину вкрити ковдрою.
Зауваження	1. Перед процедурою ретельно оглянути шкіру дитини (гірчичники кладуть на неушкоджені ділянки), змочити марлю теплою соняшниковою олією і прикласти до тіла дитини. 2. Зверху марлі щільно прикласти гірчичники, змочені теплою водою, і накрити дитину. 3. Гірчичники зняти при появі стійкої гіперемії, (через 5-10 хвилин), обережно протерти шкіру тампоном, змоченим теплою водою, потім витерти насухо і змастити вазеліном або кремом. Примітка: перед процедурою слід врахувати чутливість шкіри до дії гірчичних ефірних олій, а також оберегати слизові оболонки від потрапляння гірчиці.

Заповнити медичну документацію	Про виконання процедури зроби відмітку у листку призначень.
--------------------------------	---

Алгоритм накладання сухого зігріваючого компресу на вухо

Показання	Запальні захворювання вуха.
Місце проведення	Стаціонар, в домашніх умовах.
Оснащення	Марля, вата, бинт, ножиці, турунди, шапочка або хустка.
Підготовка	Вимити руки.
Алгоритм виконання	За необхідності очистити зовнішній слуховий прохід. Закласти турунду, змочену у лікарському засобі, або закапати вухо та закласти сухий ватний тампон у зовнішній слуховий прохід. Зверху накласти шари вати так, щоб кожен наступний шар перекривав попередній на 1,5–2 см. Зафіксувати компрес бинтом, хусткою або шапочкою. Компрес накладають на 2–3 год. Через 1–1,5 години можна перевірити правильність накладання компресу. Для цього під ватний шар ввести палець. Якщо під ним тепло, то компрес накладений правильно.
Заповнення документації	Зробити відмітку про накладений компрес у листку призначень.

Алгоритм застосування міхура з льодом

Показання	Травми, кровотечі.
Місце виконання	Пологовий будинок, дитяча лікарня, домашні умови, поліклініка.
Підготувати необхідне	Гумовий міхур з широким отвором, шматочки льоду, пелюшка, дезінфікуючий розчин, серветка.
Алгоритм виконання	Провести психологічну підготовку матері та дитини, пояснити мету та хід процедури, отримати дозвіл. Вимити руки. Відкрити міхур та накласти до половини його об'єму невеликі шматочки льоду.

	<p>Витиснути з міхура повітря, закрити та перевірити герметичність. Покласти міхур з льодом на пелюшку та зав'язати її кінці.</p> <p>Підвісити пелюшку з міхуром на відстані 10–15 см над головою дитини.</p> <p>Після використання звільнити міхур від льоду та занурити в дезінфікуючий розчин. Потім промити водою, висушити або витерти насухо серветкою.</p>
Примітка	<p>При кровотечі прикласти міхур до необхідної ділянки. Міхур з льодом можна використовувати протягом 2-х годин з перервою на 1 годину.</p> <p>Змінюйте міхур кожні 20–30 хв.</p>
Заповнити медичну документацію	<p>Про застосування міхура з льодом зробіть відмітку у листку призначень.</p>

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Застосування очної мазі. URL : https://www.youtube.com/watch?v=eSjKdpSCIUQ&ab_channel=%D0%9E%D1%84%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BC%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D1%96%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B0%D0%A6%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%9E%D0%BA%D0%B0
2. Закапування носа, очей, вух. URL : https://www.youtube.com/watch?v=vkT7BcdiSu8&ab_channel=MrDrMaz
3. Інгаляції через спейсер. URL : https://www.youtube.com/watch?v=nqhS4ouaDlc&ab_channel=%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%8D%D0%BA%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82
4. Застосування гірчичників. URL : https://www.youtube.com/watch?v=-zK_Z8QjQ4E&ab_channel=MrDrMaz
5. Зігрівальний компрес на вуха. URL : https://www.youtube.com/watch?v=RMXY517zsrk&ab_channel=%D1%8F%D0%B6%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B5%D1%8C

Контрольні питання до теми

1. Назвіть правила зберігання ліків у відділенні.
2. Наведіть алгоритм застосування ректальних супозиторіїв.
3. Сформуйте алгоритм застосування зігріваючого компресу на вухо.
4. Як виглядає алгоритм застосування грілки та міхура з льодом?
5. Назвіть особливості закапування крапель в очі та вухо.
6. Наведіть правила видачі ліків хворій дитині.
7. Вкажіть види інгаляторів та чим вони різняться.

Тестові завдання

1. Для закапування одного ока дитині скільки необхідно приготувати стерильних ватних тампонів:
 - А) 1
 - Б) 2
 - В) 3
 - Г) 4
 - Д) 5
2. Періодичність 10-хвилинних перерв при застосуванні міхура з льодом:
 - А) Кожні 30 хвилин
 - Б) При кожному зверненні пацієнта
 - В) Кожні 5 хвилин
 - Г) Кожну годину
 - Д) Кожну хвилину
3. Зовнішньо застосовуються всі лікарські форми, окрім:
 - А) Мазі
 - Б) Присипки
 - В) Свічки
 - Г) Розчини
 - Д) Припарки
4. Вода для змочування гірчичників перед накладанням на грудну клітку має бути такої температури (°C):
 - А) 100

- Б) 80
- В) 60
- Г) 50
- Д) 40

5. Ректальні супозиторії зберігаються у відділенні:

- А) У клізмівній
- Б) У маніпуляційному кабінеті
- В) У холодильнику
- Г) У шафі для медикаментів, при температурі не більше 27°C
- Д) У сейфі, де зберігаються ліки.

Рекомендована література

1. Догляд за хворими (практика) : підручник / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко та ін.; за ред. О. М. Ковальнової, В. М. Лісового, С. І. Шевченка, Т. В. Фролової. 3-є вид., випр. Київ: Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2015. С. 273-289.
2. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій: навчальний посібник / В. С. Березенко, О. В. Тяжка, А. М. Антошкіна та ін. 3-є видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2018. С. 5–14, 16–20, 20–24.
3. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / Л. С. Савка, Л. І. Разінкова, О. І. Коцар, Л. М. Ковальчук, О. В. Кононов. 4-е видання. Київ : Видавництво «Медицина», 2018. 600 с.
4. Сестринська справа : підруч. / Н. М. Касевич, І. О. Петряшев, В. В. Сліпченко та ін.; за ред. В. І. Литвиненка. 3-є вид., випр. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2017. 816 с.
5. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1 / Карен Дж. МаркдANTE, Роберт М. Клігман. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2019. 392 с.
6. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів / В. Г. Майданник, В. Г. Бурлай, О. З. Гнатейко та ін.; за ред. проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид., випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 872 с.
7. Алгоритм практичних навичок з «Медсестринства у внутрішній медицині» та «Основ медсестринства». URL : http://nurse.net.ua/images/stories/nakazu/konkurs2013_terapiya.pdf



Розділ V

ОСНОВИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ДІТЯМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Актуальність

Освоєння техніки парентерального введення лікарських засобів дуже важливе для лікарів та медсестер, оскільки такий спосіб введення дозволяє отримати швидкий ефект від ліків, а також є необхідним при введенні препарату у великому об'ємі. Парентерально вводяться препарати, що руйнуються від ферментів травної системи, не всмоктуються у шлунково-кишковому тракті або ж подразнюють слизову оболонку шлунка.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
	Шприц	Загальна назва інструментів, що застосовуються у медицині, техніці та кулінарії для введення та виведення рідин і газів, інших речовин, з використанням поршневого тиску.
	Циліндр, поршень	Складові частини шприца.
	Муфта голки	Початок голки, який надягається на кінець шприца.

1	2	3
	Ковпачок	Пластмасовий футляр, в якому знаходиться голка
	Ін'єкції	Спосіб введення в організм лікарських розчинів.
в/м	Внутрішньо-м'язова ін'єкція	Шлях введення лікарських засобів, при якому лікарський препарат потрапляє в організм методом введення ін'єкційного розчину через шприц в товщу м'язової тканини.
в/ш	Внутрішньо-шкірна ін'єкція	Спосіб введення лікарських засобів, при якому лікарський засіб вводять у шкірний покрив, не доходячи до підшкірної основи.
п/ш	Підшкірна ін'єкція	Спосіб введення лікарських засобів, при якому лікарський препарат потрапляє в організм шляхом введення ін'єкційного розчину через шприц у підшкірну клітковину.
	Інсулінова помпа	Медичний пристрій для введення Інсуліну при лікуванні цукрового діабету.

Методи та пристрої для ін'єкційного введення лікарських препаратів

Основною перевагою ін'єкційного (парентерального) способу є швидкість дії, точність дозування. Ін'єкції можуть бути внутрішньошкірні, підшкірні, внутрішньом'язові, внутрішньовенні, внутрішньоартеріальні, внутрішньокісткові, субарахноїдальні, ендолумбальні, внутрішньопорожнинні.

Проведення цих маніпуляцій потребує суворої асептики та антисептики, усі інструменти повинні бути одноразовими, стерильними, а руки медичної сестри ретельно обробленими і в стерильних одноразових рукавичках.

Для проведення ін'єкцій користуються одноразовими шприцями із спеціальної апірогенної, нетоксичної пластмаси із сталевими голками, теж одноразового використання. Шприц складається з циліндра і поршня, що вільно рухається в циліндрі, герметично прилягаючи до його внутрішньої стінки. Кінець шприца, де немає

ручки поршня, звужений таким чином, щоб на нього щільно надяглась муфта голки (рис. 30).



Голки для спинномозкової пункції з мандреном 1,0x60мм – 30 1,0x90мм – 30 1,2x120мм – 30



Голки ін'єкційні одноразового використання LUER 0,5x16mm L, 0,6x25mm L, 0,8x38mm L, 1,2x38mm L, 1,5x38mm L

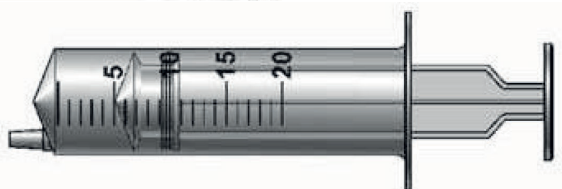


Рис. 30. Шприц ін'єкційний одноразового використання «Луер» об'єм 1, 2, 5, 10, 20 см³

В залежності від ін'єкції, голки бувають різного розміру: зовнішній діаметр і довжина позначається в мм, або/і в «гейджах» та дюймах. «Гейдж» Gauge в перекладі – калібр, менше значення калібру відповідає більшому діаметру:

27G	25G	23G	22G	21G	20G	19G
0,4 мм	0,5 мм	0,6 мм	0,7 мм	0,8 мм	0,9 мм	1,1 мм

Для введення у вену застосовують, зазвичай голки довжиною 5–6 см з просвітом діаметром 0,6–1,1 мм (0,6–1,1 x 50–60 мм), для внутрішньошкірних ін'єкцій – 0,4–0,5 x 30–40 мм, найменші голки – інсулінові, гепаринові: 0,4–0,5 x 1316 мм.

Крім того, просвіт голки вибирають відповідно до консистенції і в'язкості препарату: водні розчини можна ввести через вузький просвіт, масляні розчини, препарати крові потребують голки більшого діаметру. Одноразові шприци в комплекті з 1–2 голками, прикритими ковпачками, зазвичай, випускають стерильними, готовими до застосування в спеціальній герметичній упаковці.

Алгоритм підготовки медичної сестри до проведення ін'єкцій

- Для проведення однієї ін'єкції необхідно приготувати: стерильний лоток, одноразовий шприц, препарат для введення, флакон з 70-96 % спиртом, та **мінімум 6–7 стерильних ватних тампонів**.
- Медсестра повинна закатати рукава халата, залишаючи відкритими 1/2–1/3 передпліччя, ретельно, за правилами вказаними вище, помити руки.
- Далі **обробити 1-м ватним тампоном**, змоченим 70–96 % спиртом, пальці та долоню в цілому, в напрямку від нігтьових фаланг пальців до кистей рук.
- **2-м ватним тампоном**, змоченим 70–96 % спиртом, обробити окремо вільні краї нігтьових пластин і нігтьові ложа, де можливі подряпини.
- Надіти стерильні одноразові рукавички.
- На упаковці зі шприцом і голками перевірити термін придатності, збереження герметичності пакування.
- Пакет надривають *зі сторони ручки пориння*, голку, не знімаючи ковпачка, з'єднують зі шприцом.

Категорично забороняється доторкатись до голок, це порушить стерильність.

- Зібравши шприц, перевіряють прохідність голки.
- Перед відкриванням ампули або флакона необхідно уважно прочитати назву препарату, його дозу і/або концентрацію, звертають увагу на цілісність ампули/флакона, термін придатності, відповідність вмісту (колір, прозорість, осад).
- Ампулу (кришку флакона) обробляють **3-м стерильним ватним тампоном**, змоченим у спирті.
- Ампулу відкривають, натискаючи на місці позначки.
- **Якщо препарат у флаконі потребує розведення**, то треба підготувати 2 шприци та 3 голки:
- 1-у голку вводять у гумову кришку та накривають її **4-м ватним тампоном зі спиртом**.

- 2-ю голкою зі шприцем набирають розчин для розведення.
- Знімають 2-у голку та вставляють шприц з розчином для розведення у муфту 1-ї голки, що вставлена у кришку флакона.
- Вводять розчин, збовтують флакон до повного розчинення препарату.
- Набирають з флакона у 2-й одноразовий шприц розведений препарат та надівають на готовий шприц 3-ю стерильну голку для введення хворому.
- Набирають ліки, у кількості трохи більшої за призначену.
- **Голку замінюють на іншу, стерильну.**
- Повернувши шприц вертикально, вгору голкою, рухом поршня витискають повітря, щоб краплі вмісту з'явилися над зрізом голки; *в циліндрі шприца повинна залишитись призначена лікарем доза медикаментів (рис. 31).*
- Голку прикривають ковпачком, шприц готовий до ін'єкції.
- Скласти стерильний лоток, в якому для однієї ін'єкції повинен знаходитись: підготовлений шприц та **мінімум ще 3 ватних тампони, змочених спиртом.**
- Нести шприц до хворого необхідно в стерильному лотку, накритому стерильною серветкою.

Заборонено використовувати для ін'єкції голки, якими проколювали гумовий корок флакона, або набирали ліки з ампули.

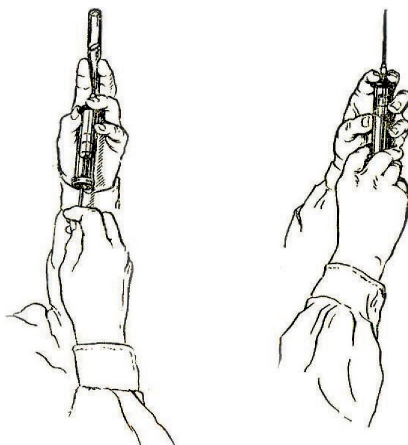


Рис. 31. Підготовка шприца для ін'єкції

Підготовка хворої дитини до маніпуляції

Уперше проводячи дитині ін'єкцію, не слід приховувати від неї болісність процедури, але *треба пояснити*, що це не настільки боляче, що можна потерпіти.

Бажано почати проведення ін'єкцій з тих дітей, що спокійно переносять маніпуляцію, своєю поведінкою вони заспокоять більш вразливих пацієнтів.

Місце для ін'єкції обирають так, щоб найменше травмувати судини, м'язи та нервові волокна.

Забороняється робити ін'єкції на тих ділянках, де є гнійне ураження шкіри, пігментний чи судинний невус або інші патологічні процеси.

Внутрішньошкірно медикаменти, зазвичай, вводять в зоні зовнішньої поверхні плеча, згинальної поверхні передпліччя, в хірургічній практиці – в ділянці хірургічного втручання для місцевого знеболення.

Місце введення підшкірних ін'єкцій: підлопаткова ділянка, зовнішня поверхня плеча, стегна, підшкірна жирова клітковина живота – де найменше поверхнево розгалужених нервових закінчень і великих кровоносних судин.

Зони для внутрішньом'язових ін'єкцій: верхньо-зовнішній квадрант сідниці, передньо-зовнішня поверхня стегна, зовнішня поверхня плеча.

Шкіру у місці ін'єкції обробляють 96–70 % розчином спирту у такому порядку:

- 1-м ватним тампоном, змоченим спиртом, протирають весь обраний квадрант сідниці;
- 2-м ватним тампоном, змоченим спиртом, обробляють конкретне місце для введення шприца;
- 3-м ватним тампоном, змоченим спиртом, обробляють місце ін'єкції після виймання шприца.

Далі – проводять декілька масажних рухів тампоном, не переміщаючи його для рівномірного та швидкого проникнення препарату у тканини.

Техніка виконання різних методів парентерального введення препаратів

Внутрішньошкірне введення лікарських речовин застосовують з метою діагностики, місцевого знеболювання та ін. Голку беруть довжиною 2–3 см з малим просвітом. Шкіру обробляють спиртом і після висихання голку розміщують під гострим кутом до шкіри, зрізом вгору, і вводять в товщу шкіри на невелику глибину так, щоб вістря увійшло тільки під роговий шар шкіри. Направляючи голку паралельно поверхні шкіри вводять її на 0,4 см і обережно вводять 0,1–0,2 мл рідини, в результаті цього у шкірі з'являється білуватий горбок (папула) у вигляді «лимонної кірки». Голку виймають, місце ін'єкції ще раз дезінфікують спиртом (рис. 32).

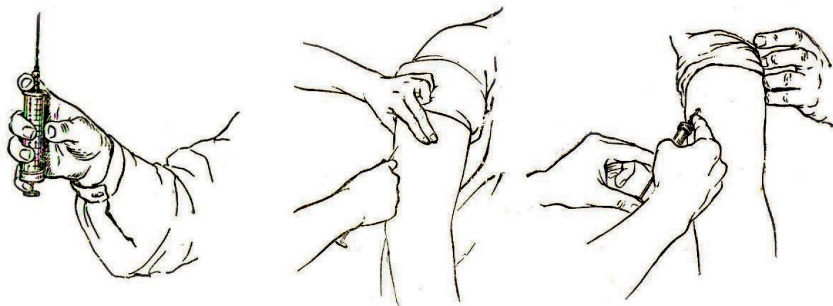


Рис. 32. Техніка проведення внутрішньом'язових ін'єкцій

Техніка **підшкірного введення**: ретельно протерту шкіру взяти лівою рукою в складку трикутної форми з основою внизу, правою – утримують шприц так, що II палець притримує муфту голки, V – поршень, інші – циліндр з обох боків. Голку поставити під кутом 45°, вгору зрізом, швидким рухом проколоти шкіру в основі «трикутника» приблизно на 2/3 довжини голки. Утримуючи шприц, складку відпускають, лівою рукою злегка відтягують

поршень на себе, щоб упевнитись, що не травмовано судини. Якщо в циліндрі шприца кров не з'явилась, можна вводити ліки у підшкірну клітковину. Не слід вводити всю голку, бо вона може зламатися біля муфти.

Після введення необхідної дози ліків, голку виймають, місце ін'єкції ще раз дезінфікують спиртом.

Деталізований порядок проведення дітям внутрішньом'язових ін'єкцій та можливі ускладнення

Внутрішньом'язові ін'єкції ефективні і в педіатричній практиці. Для внутрішньом'язового введення використовують голки довжиною 4–5 см дітям до 7 років; 6–8 см – школярам.

Порядок проведення:

- Хворого кладуть на живіт.
- 2-ма ватними тампонами (див. вище) обробляють місце ін'єкції спиртом.
- У праву руку беруть шприц так, щоб він утримувався вниз голкою, V палець (мізинець) притримує муфту голки, II – поршень, інші – циліндр.
- Двома пальцями лівої руки легко розтягують шкіру в ділянці уколу і фіксують її.
- Голку спрямовують перпендикулярно до місця ін'єкції.
- Швидким рухом проколюють шкіру і, продовжуючи рух, вводять глибше у м'язи приблизно на $\frac{3}{4}$ довжини голки.
- Переставляють руки так, щоб ліва рука підтримувала муфту голки, а правою рукою злегка відтягують поршень на себе, щоб впевнитись, що не травмовано судини.
- Якщо в циліндрі шприца кров не з'явилась, можна повільно вводити ліки.
- Голку виймають, місце ін'єкції ще раз дезінфікують спиртовим тампоном, притискаючи його до шкіри 2–5 хв масажними рухами.

Не слід вводити всю голку, бо вона може зламатися біля муфти. Якщо таке станеться, то за вільний кінець її можна пінцетом вийняти з сидниці, уникнувши оперативного втручання.

Перед введенням суспензій, їх підігрівають до температури 35–37°C, а на місце ін'єкції через 7–10 хвилин прикладають теплу грілку.

Основними ускладненнями ін'єкційних засобів введення лікарських речовин може бути утворення твердих асептичних інфільтратів, нагноєння на місці уколу, ураження нервів і судин та розвиток гематоми, емболії, травматичного неврита, пірогенної та алергічної реакції, флебіту.

Повітряна емболія може виникати при потраплянні у вену повітря, і буває найбільш тяжким ускладненням. Якщо своєчасно не перекрити рух рідини по системі, після введення усієї рідини, повітря через систему потряпляє у вену і досить 1-2 мл повітря для появи невиправних наслідків.

Методика застосування дітям інсулінової помпи

Інсулінова помпа – унікальний прилад, що імітує роботу підшлункової залози при цукровому діабеті, який забезпечує повноцінну життєдіяльність пацієнтів, безперервно транспортує інсулін в організм. З її допомогою можна запрограмувати різні режими дозування інсуліну, користуючись якими можна вживати практично будь-які продукти, мінімізуючи нутритивні обмеження.

Інсулінова помпа повністю замінює багаторазові ін'єкції інсуліну як продовженої, так і короткої дії – необхідність введення катетера під шкіру скорочується до одного разу на 3–4 дні. До того ж помпа подає сигнал попередження пацієнта про наближення небезпечного рівня глікемії. Це дозволяє максимально точно спрогнозувати дію введеного інсуліну та знижує ризик гіпоглікемії.

Інсулінову помпу встановлюють у місцях найбільш розвиненої підшкірно-жирової клітковини (рис. 33):

- бічна поверхня стегна чи сідниці;
- бічна поверхня плеча;
- передня, передньобочова або задньобочова поверхня живота.



Рис. 33. Місця встановлення інсулінової помпи

Найсучасніші моделі інсулінової помпи у режимі реального часу контролюють рівень цукру в крові та всі значення відображають на екрані пристрою (проводиться близько 300 вимірювань рівня глюкози в крові).

Інсулінова помпа має ряд переваг:

- відсутність ін'єкцій;
- точне дозування інсуліну;
- запровадження малих доз препарату;
- відсутність депо-інсуліну в організмі.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Методи виконання ін'єкцій. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=tvLcUBlzKPw>
2. Безпека при виконанні ін'єкцій. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=Y8FAWs2owZo>

Контрольні питання до теми

1. Які складові частини шприца для ін'єкції?
2. Де локалізуються на тілі місця для внутрішньошкірних та підшкірних ін'єкцій?

3. Де локалізуються на тілі дитини місця для внутрішньом'язового введення ліків?
4. Які етапи підготовки для проведення в/ш, п/ш та в/м ін'єкцій?
5. Які контрольні критерії правильного виконання ін'єкцій?
6. Які контрольні критерії правильності проведення внутрішньом'язового введення ліків?
7. Опишіть техніку виконання в/ш та п/ш ін'єкцій.
8. Опишіть техніку виконання в/м ін'єкції.
9. Які можливі ускладнення при проведенні в/ш, п/ш, в/м ін'єкцій?
10. Назвіть етапи дій для знезараження та утилізації шприців і голки після використання.
11. Як працює інсулінова помпа?
12. Переверіте себе, які помилки Ви бачите в наведеному алгоритмі?

Алгоритм внутрішньом'язового введення ліків

1. Беремо лоток.
2. Перевіряємо термін придатності та цілісність упаковки одноразового шприца.
3. Перевіряємо назву препарату на коробці та на ампулі, відповідно до призначення лікаря, її термін придатності, цілісність, органотропні характеристики розчину (зміни прозорості, кольору тощо).
4. Готуємо не менше 5 ватних тампонів та етиловий спирт.
5. Медсестра миє руки з милом та обробляє їх дезінфікуючим засобом, висушує, після чого одягає одноразові рукавички.
6. Змочуємо ватні тампони спиртом та складаємо їх у лоток.
7. Першим тампоном протираємо руки.
8. Розриваємо упаковку одноразового шприца, надіваємо голку з ковпачком та складаємо його у лоток.
9. Беремо другий ватний тампон зі спиртом та протираємо ним верхню частину ампули.

10. Струшуємо з верхньої частини ампули розчин, щоб він весь зібрався унизу та надламуємо в місці, де стоїть відповідна мітка.
11. Знімаємо ковпачок з голки шприца, опускаємо її в ампулу, не торкаючись стінок.
12. Набираємо препарат в шприц так, щоб голка весь час знаходилась у розчині, повільно піднімаючи ампулу вгору.
13. Надягаємо ковпачок на голку і в такому вигляді складаємо його у лоток.
14. З лотком, в якому не менше 3 ватних тампонів, змочених етиловим спиртом, та підготовлений шприц, підходимо до пацієнта.
15. Дитина лежить на боці з відкритою зоною сідниці для введення ліків.
16. Подумки виділяємо верхній зовнішній квадрант сідниці та обробляємо його ватним тампоном зі спиртом, після чого останній слід одразу відкласти вбік чи викинути.
17. Другим ватним тампоном обробляємо безпосередньо місце введення голки.
18. Беремо шприц, попередньо знявши з голки захистний ковпачок, перевіряємо наявність повітря над розчином у циліндрі, випускаємо його до першої краплі.
19. Захоплюємо шприц робочою рукою таким чином, щоб мізинець знаходився на муфті голки, а великий палець на ручці поршня.
20. Двома пальцями другої руки розтягуємо шкіру у місці ін'єкції.
21. Вводимо голку в шкіру на 2/3 довжини під кутом 90 градусів.
22. Повільно вводимо препарат, натискаючи на поршень та підтримуємо другою рукою муфту голки.
23. Беремо останній ватний тампон зі спиртом та, витягнувши голку, масажними рухами розтираємо місце ін'єкції.

Тестові завдання

- 1). Для запобігання кровотечі після внутрішньом'язової ін'єкції слід провести наступну дію:
 - А) Покласти холод на місце ін'єкції
 - Б) Покласти тепло на місце ін'єкції
 - В) Накласти стерильну тиснучу пов'язку
 - Г) Провести масаж у місці ін'єкції
 - Д) Усе перелічене
- 2). Критерієм правильно зробленої внутрішньошкірної ін'єкції є:
 - А) Пустула
 - Б) Ерозія
 - В) Папула
 - Г) Пляма
- 3). Перевагами інсулінової помпи є все окрім:
 - А) Обмеження по віку
 - Б) Відсутність ін'єкцій
 - В) Можливість точного дозування інсуліну
 - Г) Відсутність депо- інсуліну в організмі
- 4). Для внутрішньом'язового введення ліків школярам використовують голки довжиною:
 - А) 4-5 см
 - Б) 3-4 см
 - В) 5-6 см
 - Г) 7-8 см
- 5). Скільки необхідно підготувати ватних тампонів, змочених у спиртї, для обробки мсця проведення парентеральної ін'єкції:
 - А) Один
 - Б) Два
 - В) Три
 - Г) Чотири

Рекомендована література

1. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2019. 392 с.
2. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / Л. С. Савка, Л. І. Разінкова, О. І. Коцар, Л. М. Ковальчук, О. В. Кононов. 4-е видання. Київ : Видавництво «Медицина», 2018. 600 с.
3. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій: навчальний посібник / В. С. Березенко, О. В. Тяжка, А. М. Антошкіна та ін. 3-є видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2018. С. 5–14, 16–20, 20–24.
4. Сестринська справа : підруч. / Н. М. Касевич, І. О. Петряшев, В. В. Сліпченко та ін.; за ред. В. І. Литвиненка. 3-є вид., випр. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2017. 816 с.

Електронні ресурси

1. <http://www.meddean.luc.edu/lumen/meded/medicine/pulmonar/pd/contents.htm>;
2. <http://meded.ucsd.edu/clinicalmed/>;
3. <http://medsoft.ucoz.ua>;
4. <http://mozdocs.kiev.ua>



Розділ VI

ОРГАНІЗАЦІЯ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ В УМОВАХ ДИТЯЧОГО СТАЦІОНАРУ

Актуальність

Харчування дітей, що відповідає фізіологічним потребам зростаючого організму, є найважливішою умовою їх гармонійного розвитку. А раціональне харчування хворої дитини – запорука її швидшого одужання.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я	Спеціалізована установа Організації об'єднаних націй, яка опікується проблемами охорони здоров'я у світовому масштабі. Штаб-квартира розташована в Женеві.
	Лактація	Фізіологічна здатність жіночого організму виділяти грудне молоко.
	Агалактія	Відсутність ознак утворення і секреції грудного молока в післяпологовий період.
	Гіпогалактія	Патологія лактації, що характеризується зниженням секреції молочних залоз.
	Дієтотерапія	Застосування харчування з лікувальною метою.
	Харчоблок	Спеціальний підрозділ для забезпечення харчування дітей у відділеннях стаціонару

Основні види вигодовування дитини грудного віку

Для нормального фізіологічного росту, всебічного розвитку і формування психоемоційної єдності немовлят з матір'ю, необхідне грудне вигодовування упродовж перших 6 місяців життя (консультаційна нарада експертів ВООЗ, Женева 28-30 березня 2001 року).

Грудне вигодовування дитини треба починати протягом 1-ї години після народження ще в пологовій залі і продовжувати до 1 року, а за достатньої лактації у матері і довше.

Материнське молоко – ідеальний продукт харчування дитини 1-го року життя. Воно містить усі необхідні для дитини поживні речовини в найоптимальнішому збалансованому співвідношенні, а також захисні та біологічно активні речовини, які сприяють повноцінному формуванню імунної системи. Діти на грудному вигодовуванні рідше хворіють на інфекційні та алергійні хвороби, у них менший ризик розвитку отиту, діареї, синдрому раптової смерті, бронхіальної астми, ожиріння тощо, і кращі показники розумового розвитку.

Проте за станом здоров'я матері або ж немовляти, з інших причин, дитину переводять на вигодовування заміниками грудного молока – молочними сумішами.

Розрізняють такі види вигодовування:

- природне (грудне), коли дитина отримує тільки молоко з грудей матері;
- змішане, коли за недостатньої лактації (гіпогалактія) у матері дитина отримує ще й штучну адаптовану суміш;
- штучне, коли дитина отримує заміники грудного молока (штучні суміші) через майже повну відсутність молока у матері (агалактія).

Правила грудного вигодовування дітей першого року життя

Для якісного і тривалого грудного вигодовування дитини слід дотримуватися певних принципів правильного годування і елементарних правил гігієни:

- прикладання до грудей матері у першу годину після народження;
- цілодобове сумісне перебування матері та дитини з моменту народження (палата спільного перебування);
- правильне прикладання дитини до грудей;
- годування новонароджених за вимогою, у тому числі вночі;
- адекватне використання сосок, пустушок;
- обов'язкове введення прикорму з 6 міс.;
- грудне вигодовування до 1 року, а за можливості й довше.

Правильне прикладання дитини до грудей матері:

- мати повинна зайняти зручне положення;
- голова і тіло дитини повинні бути в одній площині;
- тіло дитини притиснуте до матері обличчям до грудей, підборіддя торкається груді матері, ніс навпроти соска;
- мати підтримує тіло дитини знизу, а не тільки його голову та плечі;
- мати підтримує грудь знизу пальцями на деякій відстані від соска, при цьому вказівний палець розташовується знизу, а великий – зверху;
- перед годуванням мати спочатку повинна доторкнутися соском до губ дитини і після того як вона широко відкріє рот швидко наблизити дитину до груді, щоб її нижня губа охопила нижню частину ареоли;
- ознаками правильного годування є повільне, глибоке смоктання з невеликими перервами.

Положення сидячи є найпоширенішим під час годування дитини. Мати бере немовля на руку, повертається у бік груді, якою годуватиме дитину, а другою рукою підтримує грудь так, щоб не утруднювати дитині дихання під час смоктання і не здавлювати грудну залозу. Треба стежити, щоб дитина захоплювала ротом не лише сосок, а й ареолу. Це полегшує смоктання, запобігає аерофагії (потраплянню повітря в шлунок), а також тріщинам сосків (рис. 34).

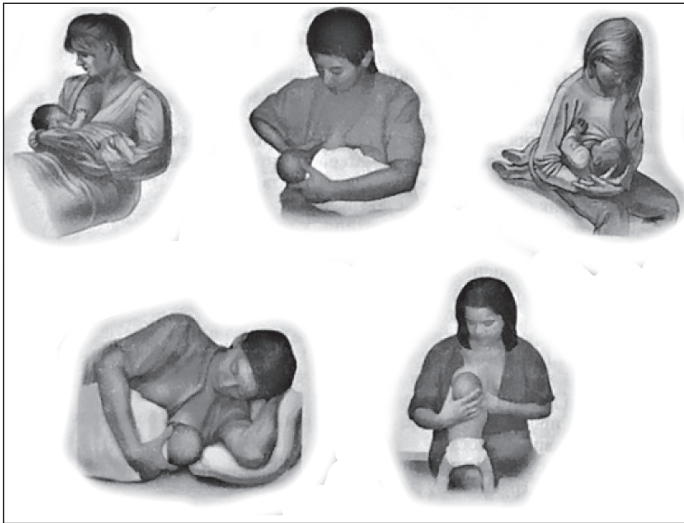


Рис. 34. Види положень під час годування немовлят

Жінка, яка годує груддю, повинна дотримуватися звичайних **правил гігієни**. Перед годуванням старанно мити руки з милом. Мити грудні залози милом або іншими асептичними засобами не обов'язково, оскільки це пересушує шкіру, руйнує її природний захисний шар і призводить до виникнення тріщин. У той час як в ділянці соска і ареоли є спеціальні залози Монтгомері, що виробляють секрет, який зберігає шкіру здоровою, захищає її від інфікування і запобігає виникненню тріщин соска. Але білизна, зокрема бюстгальтер (доцільно використовувати спеціальні одноразові прокладки, які зберігають його сухим), повинні бути бездоганно чистими. Перед годуванням рекомендується сцідити кілька перших крапель молока, бо вони можуть бути заражені мікробами.

Штучне годування дітей першого року життя. Техніка приготування молочних сумішей

За наявності протипоказань з боку матері і дитини до грудного вигодовування чи за відсутності у матері молока дитину слід перевести повністю на штучне годування з використанням замінників грудного молока (адаптованих сумішей). Їх виготовляють переваж-

но з коров'ячого молока, рідше – з козиного або рослинного (соєвого, кокосового).

Адаптовані молочні суміші підбираються відповідно до віку дитини і характеру захворювання. Є суміші для недоношених немовлят, дітей з дисбіозом, непереносимістю коров'ячого молока, анемією, синдромом мальабсорбції (порушення всмоктування). Вид суміші, її об'єм і частоту годувань визначає лікар.

Техніка приготування. Адаптовані молочні суміші промислового виробництва випускають у трьох формах: готова до споживання рідина, концентрована рідина з подальшим розведенням і порошок. Порошкова форма найбільш економна, тому зазвичай її використовують частіше. Готують суміші відповідно до рекомендацій щодо застосування.

Слід завчасно приготувати чистий посуд (спеціальну дитячу градуйовану пляшечку місткістю 200–250 мл з величиною поділки 10 мл), соску, ємкість для суміші, мірну ложечку, суміш та переварену воду (температура зазначена в інструкції до суміші) для розведення.

Перед приготуванням слід вимити руки з милом. Відміряти необхідну кількість суміші, насипати її у ємкість, залити кип'яченою водою, добре розмішати, довести до температури 37–38 °С і залити у пляшечку для годування дитини. Отвір у сосці повинен бути невеликий, щоб молоко (чи суміш) витікали краплями (20–30 крапель за 1хв). Якщо суміш охолола, можна підігрівати її на водяній бані, але тільки на одне годування. Перед годуванням слід обов'язково перевірити температуру суміші (37–38°С).

NB! Використання некип'яченої води, нестерилізованих пляшечок, а також неправильне розведення суміші можуть стати причиною розладів травлення у дітей.

Під час годування дитину краще тримати на колінах; голова її повинна лежати на передпліччі того, хто годує. Пляшечку із сумішшю слід тримати так, щоб її шийка увесь час була заповнена молоком (рис. 35).



Рис. 35. Техніка годування з пляшечки

Залежно від стану дитину годують за вимогою або через певні часові інтервали. У стаціонарі у разі тяжкого стану дитини медична сестра проводить годування через зонд.

NB! Не слід залишати дитину під час годування, бо це може призвести до аспірації (потрапляння їжі в дихальні шляхи).

Алгоритм стерилізації обладнання для штучного вигодовування

Миття, кип'ятіння та стерилізації пляшечок та сосок важливі для здоров'я дитини (рис. 36).



Рис. 36. Стерилізація обладнання для штучного вигодовування

В умовах стаціонару це робиться так:

- Соски і пляшечки після годування дитини звільнити від залишків їжі під проточною водою.
- Після промивання покласти в емальовану каструлю, закрити кришкою та стерилізувати кип'ятінням 15 хвилин.
- Пінцетом розкласти соски в окремі стерильні баночки і рознести їх в палати.

- Баночки для сосок чистять содою, а потім кип'ятять в спеціальній каструлі 1 раз на добу.
- Очищені від залишків їжі пляшечки помити гарячою проточною водою та знежирити 2 % розчином бікарбонату натрію.
- Промити пляшечки проточною водою та стерилізувати в сухожаровій шафі.

В домашніх умовах:

– Перед першим і наступним використанням треба ретельно мити і стерилізувати пляшечку, соску та ковпачок.

– Помити їх під проточною водою із застосуванням спеціальної щітки і періодично кип'ятити протягом 3-5 хв.

– Деталі пляшечки потрібно обережно вийняти з окропу і розкласти на сухому і чистому рушнику або використовувати спеціальну сушарку для них.

Пляшечки, соски, пустушки миють:

- дитячими миючими засобами;
- харчовою содою;
- харчовою сіллю.

Способи стерилізації:

- кип'ятінням у воді;
- обробкою в паровому стерилізаторі;
- стерилізацією в мікрохвильовці;
- обробкою антисептиком.

Організація підгодовування дітей грудного віку

Починаючи з 4–6 міс для подальшого фізіологічного розвитку дитині необхідно розширення раціону харчування та введення до нього додаткових продуктів, бо грудне молоко вже не може задовольнити потребу в енергії, мікронутрієнтах (насамперед залізі) для її нормального розвитку.

Підгодовування – це страви, як доповнення до грудного молока або молочної суміші (у разі штучного вигодовування) для адаптації дитини 1-го року життя до загального столу. До введення прикорму дитину слід підготувати. Ознаки готовності: дитина тримає голову; самостійно сидить (у стільчику для годування); проявляє інтерес до страв, які вживають інші члени сім'ї; відкриває рот, коли підносять

ложку з їжею, і відвертається, коли не голодна; не виштовхує їжу з рота, а ковтає її.

Правила введення прикорму. Страви повинні відповідати віку дитини і поступово змінюватися за консистенцією, смаком, ароматом і зовнішнім виглядом. Молочні каші, овочі, фрукти та м'ясні страви готуються у вигляді пюреподібної маси. Їх дають із ложки після нетривалого годування груддю або невеликої кількості молочної суміші, поступово збільшуючи об'єм та повністю замінюючи один прийом їжі з молока на відповідний прикорм.

Під час підгодовування дитина повинна перебувати у вертикальному положенні у спеціальному дитячому стільчику або в зручній позі на руках у матері. Спочатку треба покласти невелику кількість їжі на кінчик чайної ложки, щоб дитина її бачила. Потім торкнутися ложкою до губ дитини, а коли вона відкриє рот покласти їжу на середину язика, тоді дитина легко її проковтне (рис. 37).



Рис. 37. Підгодовування дитини грудного віку

Питний режим здорової та хворої дитини

Питний режим – це загальна кількість рідини, яку дитина отримує впродовж доби. При його дотриманні слід враховувати всі фактори, що впливають на норму споживаної дитиною води.

Таблиця 1

Щоденна потреба здорових дітей у рідині

Вік	Кількість рідини, мл	
	середня	на 1 кг маси тіла
1	2	3
Новонароджена дитина	250 -500	80-150

<i>Продовження табл.1</i>		
1	2	3
6 міс	950 -1000	130-150
1 рік	1100-1300	120-140
5 років	1800-2000	90-100
10 років	2000 -2500	70-85
14 років	2200 -2700	50-60

До них відносяться: вага; вік; стать; фізична активність; температура повітря; погодні умови; пора року та клімат.

Ідеальним варіантом є спеціальна бутильована дитяча вода, яку можна придбати в магазині або в аптеці. Вона проходить всі етапи очищення, негазована та готова до вживання. Її можна не тільки пити, але й готувати на ній улюблені страви малюка: каші, супи, пюре.

Загальні рекомендації щодо питного режиму для дітей:

- Діти до 1 року: від 50 до 150 мл;
- Діти від 1-4 років: 2-4 склянки (200 мл);
- Діти 4-8 років: 5 склянок;
- Діти 9-13 років: 7-8 склянок;
- 14 і більше: від 8 до 11 склянок.

Під час хвороби дитина повинна пити більше. При респіраторних інфекціях (вірусних, бактеріальних) одна з умов швидкого одужання – вивести патоген з організму. Рідина розріджує слиз і мокротиння, покращуючи висякування і відхаркування. При більшості бактеріально-запальних захворювань кількість води **підвищується на 50 % відносно нормативів**. Інше питання – висока температура. Щоб температура знизилася природним шляхом, організму потрібно багато рідини. Якщо ж її недостатньо – може наступити зневоднення.

Симптоми зневоднення дитини:

- запаморочення;
- нудота;
- головний біль;
- сухість губ, язика, рота або горла;
- зниження частоти сечовипускання (зміна кольору сечі).

При діагностиці симптомів зневоднення – необхідно коригувати режим пиття.

Режим годування здорової та хворої дитини до 3-х років

Грудне вигодовування «**на вимогу дитини**» проводять переважно на 1-му міс життя (дитину можна прикладати до грудей до 10–12 і більше разів, у тому числі й уночі), без обмежень з боку матері. Проте треба пам'ятати, що плач дитини не завжди означає, що вона голодна. Таке годування поліпшує процес лактації, сприяє тривалості грудного вигодовування, запобігає розвитку гіпогалакції та лактостазу у матері.

Починаючи з 2–3 міс режим годування відбувається з інтервалом 3,5–4 год, а тривалість складає у середньому 15–30 хв (тобто 20 хв).

Приблизний режим годування дитини *1-го року життя*:

- від 1 до 4–5 міс – 6 разів через 3,5 год;
- від 4–5 міс до 1 року – 5 разів через 4 год.

Після введення першого прикорму дитину переводять на п'ятиразове годування.

Дити від 1 до 3 років інтенсивно ростуть, розвиваються і вдосконалюються їх органи та системи, тому рекомендована кількість годувань становить не менше 5 на день – три основних і два додаткових.

- Недоцільно продовжувати грудне вигодовування після 1,5–2 років.
- Раціон харчування здорової дитини повинен бути різноманітним і щоденно містити свіжі овочі та фрукти.
- Рекомендуються нежирні сорти м'яса, риби, печінка, яйця.

Режими годування здорових дітей віком від 1 до 3 років:

Вік дитини	I сніданок	II сніданок	Обід	Підвечірок	Вечеря
1–1,5 р	8:00–8:30	11:00	13:00–13:30	16:00	19:00–19:30
1,5–3 р	8:00–8:30	-	12.00–12.30	16:00	19:00–19:30

Режим годування **хворої дитини** раннього віку може змінюватися залежно від її загального стану і стадії захворювання. У гострій фазі – зменшується кількість, калорійність та жирність їжі. У стадії реабілітації кількість прийомів їжі може збільшуватися, але меншими порціями.

Організація харчування дітей в умовах стаціонару

У лікарні харчування дітей проводять за призначенням лікаря під безпосереднім контролем медичної сестри. При цьому використовують *два основних принципи: індивідуальний і груповий*. Індивідуальну дієту призначає лікар: у цьому випадку їжу готують спеціально для кожної дитини; при груповому принципі призначають загальноприйнятую лікувальну дієту. Номер дієти і режим годування дитини залежать від її віку та характеру захворювання.

Медична сестра повинна знати, яку дієту одержує кожна хвора дитина і стежити за її дотриманням.

Для дітей 1-го року життя найраціональнішим є вигодовування грудним молоком матері. А під час захворювання це особливо необхідно для дитини, оскільки сприяє швидшому її одужанню.

У медичній карті дитини відповідно до її загального стану та характеру захворювання, лікар розраховує об'єм годування, режим, складає меню, а медична сестра стежить, щоб мати чи той, хто доглядає за дитиною, його дотримувались.

Найчастіше змінюється не тільки режим годувань, а й технологія приготування їжі. Пропонуються *принципи щадіння та «омолодження» харчування*, тобто під час хвороби дитині готують пюреподібні та рідкі страви, крім того, повертають ті принципи харчування, які використовувались у більш ранньому віці, до яких організм більше адаптований та не потребує перенавантаження фізіологічних механізмів одужання.

Лікувальне харчування – система організації харчування та диференційованого використання з лікувальною метою певних харчових продуктів, їхніх комбінацій, видів кулінарної обробки, в основу якої покладено науково обґрунтовані принципи достатнього та збалансованого харчування.

Принципи та методологію лікувального харчування визначено *затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 жовтня 2013 року № 931*.

Серед нововведень, зокрема, підприємствам громадського харчування дозволено забезпечувати лікувальне харчування для хворих та організувати його доставку (пункт 1.10 Інструкції № 931), а в медичних закладах державної та комунальної форм власності встановлено чотириразовий режим лікувального харчування (пункт 1.4 Порядку № 931).

Враховуючи значну роль лікувального харчування у комплексній терапії, дуже важливо, щоб воно відповідало своєму призначенню та застосовувалося у всіх стаціонарних відділеннях медичних закладів.

Відповідно до наказу МОЗ № 931, скасовано дієти по Певзнеру (15 дієтичних столів) та запроваджується сучасніша система лікувального харчування.

Оскільки завданням дієтотерапії є харчування хворих із найрізноманітнішими захворюваннями, то і методи обробки та приготування продуктів застосовуються різні та специфічні.

Харчування хворих дітей проводиться за віковими групами та базується на основі фізіологічних потреб у поживних речовинах та енергії здорової людини. Співвідношення окремих харчових речовин коригуються у відповідності до патогенезу, клінічного перебігу, стадії хвороби, рівня та характеру метаболічних зрушень.

Норми фізіологічних потреб в поживних речовинах та енергії дітей і підлітків (на 1 кг ваги)

Вік	Ккалорії	Білки (г)	Жири (г)	Вуглеводи (г)
1–3 роки	55	4	4	10-15
3–5 років	50	3,5-4	3,5-4	10-15
6–7 років	42	3,5-4	3,5-4	10-15
8–13 років	34	2,5	3,0	10-15

Незалежно від захворювання кожній дитині потрібне здорове харчування – збалансоване за калорійністю та адекватне її енергетичним потребам.

Нагадаємо про лікувальні *столи за Певзнером*, які призначались хворим залежно від захворювання пацієнта. Основні дієти позначені

номерами від 1 до 15. Варіанти діет, які враховують особливості перебігу хвороби або її період, позначені відповідними номерами (дієта № 1, 1а, 1б).

Дієти за Певзнером для комплексного лікування різних захворювань

Дієта	Захворювання
№ 1, 1а, 1б	Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки
№ 2	Хронічний гастрит, гострий гастрит, ентерит, коліт, хронічний ентероколіт
№ 3	Закреп
№ 4, 4а, 4б, 4в	Захворювання кишечника з проносами
№ 5, 5а	Захворювання печінки та жовчних шляхів
№ 6	Подагра, сечокам'яна хвороба з утворенням каміння і солей сечової кислоти
№ 7, 7а, 7б	Гострий і хронічний нефрит (пієлонефрит, гломерулонефрит)
№ 8	Ожиріння
№ 9	Цукровий діабет
№ 10	Захворювання серцево-судинної системи з недостатністю кровообігу
№ 11	Туберкульоз
№ 12	Функціональні захворювання нервової системи
№ 13	Гострі інфекційні захворювання з підвищенням температури
№ 14	Сечокам'яна хвороба з відходженням каміння, які складаються переважно з оксалатів
№ 15	Різноманітні захворювання, що не потребують спеціальних дієт
№ 16	Вік дітей від 1 до 3 років

При захворюваннях дітям найчастіше призначаються такі лікувальні дієти:

№ 1. Дієта з нормальним вмістом основних нутрієнтів. З обмеженням стимуляторів шлункової секреції та кухонної солі (до нижньої межі вікової норми). Завдяки регуляції секреторної та моторної функції шлунка зменшуються запальні явища.

Показання: виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит із різними вадами секреції у фазі затухання запального процесу.

№ 5. Багата на поліненасичені жирні кислоти, метіонін, лецитин, холін, пектинові речовини; вилучені продукти, які стимулюють секрецію шлунка, підшлункової залози, збільшена кількість рідини. У хворих на пієлонефрит вилучають гострі, солоні страви, копченості. Стимулює ферментативні білоксинтезуючі та жовчовидільні процеси, сприяє хімічному щадінню печінки в умовах повноцінного харчування.

Показання: гострий та хронічний гепатит, цироз печінки без загострення, хронічний холецистит, жовчнокам'яна хвороба, пієлонефрит.

№ 7. Помірне обмеження білків, жири і вуглеводи у межах фізіологічної норми. У хворих на гіперліпідемію збільшують кількість рослинної олії. Помірне щадіння нирок. Поліпшення виділення азотних шлаків і недоокислених продуктів обміну речовин. Протизапальна дія. Зменшення гіпертензії та набряків.

Показання: гострий гломерулонефрит, хронічний гломерулонефрит.

№ 10. Дієта з обмеженням жиру і підвищеним вмістом поліненасичених жирних кислот. Зниження кількості вільної рідини, кухонної солі. Збільшений вміст солей калію, магнію, ліпотропних речовин. Покращує функції серцево-судинної системи, нирок і печінки.

Показання: захворювання серця у стадії компенсації, ревматизм (неактивна фаза), гіпертонічна хвороба I-II стадії.

Режим харчування за цими дієтами: 5 разів на добу рівномірними порціями у теплому вигляді.

Принципи харчування тяжкохворих дітей

Тяжкохворим дітям, яким призначено постільний режим, медична сестра приносить їжу в палату.

- Медична сестра допомагає дитині вимити руки, зайняти положення напівсидячи (підклавши під спину подушки або за допомогою функціонального ліжка).

- Шию і груди хворого прикривають серветкою, лівою рукою трохи піднімає голову дитини, а правою підносить до рота ложку з їжею (рис. 38).
- Поїти хворого бажано зі спеціального поїльника, можна також застосовувати одноразові трубочки, які вставляють у склянку.
- Кількість їжі, яку спожила дитина, обов'язково фіксують у листку призначень.
- У разі тяжкого стану дитину годує через зонд медична сестра.



Рис. 38. Харчування тяжкохворих дітей

Санітарно-гігієнічні правила роботи харчового блоку, роздавальної та їдальні в дитячому стаціонарі

Для харчування дітей у відділеннях стаціонару на території лікарні є спеціальний підрозділ – **харчоблок** (рис. 39), де готують їжу. З харчоблока транспортують їжу до відділень лікарні.



Рис. 39. Харчоблок відділення стаціонару

У кожному відділенні є своя роздатка, куди молодші медсестри доставляють їжу з харчоблоку, їдальня, де хворі приймають їжу. У роздатці є кімната для миття посуду, облаштована раковинами з двома секціями для брудного та чистого посуду або комбайнами для миття посуду та кімната для роздачі їжі (роздавальня). Часто це одне приміщення, поділене на зони (рис. 40).



Рис. 40. Роздатка та кімната для миття посуду

Посуд зберігається в роздавальні, окремо для матерів і дітей. У роздавальній має бути шафа для чистого посуду; холодильник для зберігання запасу молочних сумішей на добу, електрокип'ятильник; електроплита для підігрівання їжі; стіл з гігієнічним покриттям для роздачі їжі; комплект посуду (на одного хворого по одній глибокій, мілкій і десертній тарілці, чашка, виделка, ложки – столова і чайна); шафа для зберігання хліба, солі, цукру, шафа для стерилізації посуду; бачок для відходів з щільною кришкою; мийні та дезінфекційні засоби. В окремих приміщеннях повинен зберігатися промаркований інвентар для прибирання та мийні засоби.

Їжу для дітей готують централізовано, а у відділення доставляють не пізніше 2 год від часу приготування згідно з часом уживання її хворими. Для транспортування та зберігання використовують спеціальний промаркований посуд: «Для перших страв», «Для других страв», «Гарнір», «Молоко» та ін.

Якщо необхідно, страви перед вживанням підігрівають. Роздавати їжу повинна роздавальниця, буфетниця, а за їх відсутності

чергова медсестра, вдягнувши при цьому інший халат. Персонал, який роздає їжу, повинен дотримуватися правил особистої гігієни.

NB! Технічний персонал, зайнятий прибиранням палат та інших приміщень, до роздавання їжі не допускається.

Дотримання правил роздавання їжі контролює старша медсестра. Усі лікувальні процедури перед споживанням їжі припиняються (окрім випадків, зумовлених станом дитини). Медперсонал повинен контролювати, щоб діти перед вживанням їжі вимили руки з милом. За одним столом зазвичай сидять діти одного віку або ті, хто отримує однакову дієту. Їжа має бути смачною, щойно приготовленою і теплою (40–45°C). Медперсонал стежить, щоб діти їли спокійно, якщо ж дитина відмовляється від їжі, або погано їсть, з'ясовує причину та повідомляє лікаря. Якщо в дитини поганий апетит, слід простежити, щоб вона з'їла найбільш повноцінну частину страви.

Продукти харчування, принесені з дому, мають бути у межах асортименту, дозволеного лікарем; їх зберігають у спеціальних шафах або холодильниках і видають дітям під контролем медичної сестри.

Обробка посуду починається з очищення від харчових відходів, знежирення замочуванням у 2 % розчині натрію гідрокарбонату або з миття із застосуванням одного з дозволених МОЗ України засобів. Потім його добре споліскують та прожарюють у сухожаровій шафі при температурі 180°C протягом 30 хв або при температурі 120°C протягом 45 хв. Харчові відходи збираються у спеціальні марковані баки і того ж дня вивозять із відділення. Після використання м'який інвентар для прибирання заливають дезінфекційним розчином, кип'ятять протягом 15 хв, споліскують і сушать. М'який інвентар для миття підлоги обробляють так само, але не кип'ятять.

Гігієна приміщень передбачає щоденне поточне вологе прибирання харчоблоку 1–2 рази на день по мірі забруднення. У виробничих приміщеннях харчоблоку прибирають наприкінці робочого дня.

Забруднену харчовими залишками підлогу миють гарячою водою з 2 % розчином соди. Прибирання працівники здійснюють у

спеціальному одязі, використовуючи промаркований інвентар. Після користування ганчірки, щітки, швабри промивають гарячою водою і занурюють на годину в 1 % розчин хлорного вапна або 0,2 % розчин хлорантоїну.

Мийні засоби, інвентар та одяг для прибирання мають зберігатися у спеціально відведеному місці. Використовувати їх для прибирання інших приміщень заборонено.

Щотижня проводять генеральне прибирання, миють опалювальні прилади, підвіконня, стіни із застосуванням мийних та дезінфікуючих засобів.

У діючому харчоблоці заборонені будь-які ремонтні роботи.

Кухар відповідає за утримання приміщень харчоблоку в належному санітарному стані, а медична сестра контролює якість харчування.

До контролю за санітарним станом харчоблоку входить: щоденна перевірка якості прибирання кухні, підсобних приміщень, дотримання правил миття посуду (обов'язково гарячою та холодною водою), використання мийних засобів, своєчасна переміна спеціального одягу для роботи на кухні. А також проведення щоденного огляду працівників харчоблоку на наявність гнійничкових захворювань шкіри.

Правила особистої гігієни персоналу харчоблоку дитячого стаціонару

Дотримання правил особистої гігієни особливо важливо для тих, хто працює з продуктами харчування. Працівники харчоблоку мають залишати у роздягальні верхній одяг, взуття, сумки тощо. Перед тим як приступити до роботи працівники миють руки, надягають санітарний одяг, забирають волосся.

Робоче взуття має бути легким, та зручним, не зісковзувати з ноги та не ковзати по підлозі. Бажано, щоб підошва амортизувала, що зменшить навантаження на хребет і ноги працівника.

Працівники харчоблоку повинні мати: санітарний одяг для роботи на кухні; спеціальний одяг для прибирання приміщень;

білий халат або фартух для видачі страв, годування дітей; фартух із клейонки для миття посуду; хустку чи ковпак.

Кожен працівник має стежити за чистотою та охайністю одягу. Санітарний одяг слід змінювати по мірі забруднення, але не рідше, ніж раз на два дні.

У санітарному одязі працівникам харчоблоку забороняється: прибирати приміщення, виходити на вулицю, заходити до інших приміщень, зокрема до туалету.

Працівники мають змінювати санітарний одяг відповідно до того, з якими продуктами працюють – сирими, напівфабрикатами чи готовими, а також перед прийманням їжі.

Працівники повинні мити руки: прибувши в дошкільний заклад; перед входом до харчоблоку; після кожного забруднення; переходячи від одного виду обробки продуктів до іншого; перед роздачею їжі; після роботи.

Біля раковин в харчоблоці завжди повинні бути: мило – тверде або рідке, паперові рулонні рушники чи індивідуальні рушники для витирання рук.

Працівники харчоблоку повинні мати коротко підрізані та не покриті лаком нігті на руках, перед початком роботи знімати каблучки та інші прикраси. Їм заборонено палити та споживати їжу на робочому місці.

Медична сестра щодня, до початку роботи, оглядає працівників на наявність гнійничкових захворювань і гострих респіраторних інфекцій та забороняє приступати до роботи за наявності симптомів шлунково-кишкових, шкірних, гострих респіраторних вірусних захворювань у них, чи у членів родини. Такий працівник має бути допущений до роботи лише після негативних аналізів на бацилоносійство.

Серед професійних обов'язків працівників харчоблоку – профілактика та запобігання інфікуванню продуктів харчування.

Працівники харчоблоку повинні уникати травмування рук під час роботи, а на крайній випадок у харчоблоці має бути аптечка.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Правила прикладання дитини до грудей. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=C3v9nOTg0zY>
2. Прикладання дитини до грудей. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=z6lELd8SgBc>

Контрольні питання до теми

1. Які види вигодовування немовлят вам відомі?
2. В чому полягають переваги природного вигодовування?
3. В чому полягає техніка грудного вигодовування?
4. Що таке вигодовування «за вимогою» дитини та коли воно можливе?
5. Який режим годувань немовляти?
6. Як проводиться питний режим здорової та хворої дитини?
7. Що таке підгодовування дитини та правила його проведення?
8. Яких правил гігієни повинна дотримуватись годуюча мати?
9. Техніка приготування молочної суміші.
10. Правила годування дитини із пляшечки та ложечки.
11. Гігієнічні правила обробки та стерилізації обладнання для штучного вигодовування.
12. За якими принципами змінюються правила харчування хворої дитини?
13. Як організовується харчування дітей в лікарні?
14. Які лікувальні дієти для хворих дітей ви знаєте?
15. Як організовується харчування тяжкохворих дітей?
16. Які правила застосовуються в санітарно-протиепідемічному режимі харчоблоку, їдальні та роздатки дитячого стаціонару?

Тестові завдання

1. Природне вигодовування має всі переваги перед іншими видами вигодовування, окрім:
 - А) Легше годувати дитину
 - Б) Є оптимальна кількість та якість компонентів
 - В) Містяться активні речовини (гормони, простагландини)
 - Г) Присутні фактори імунологічного захисту
 - Д) Стерильність та безкоштовність

2. Абсолютні протипоказання з боку дитини до годування груддю, окрім:
 - А) Тяжких порушень мозкового кровообігу із загрозою внутрішньочерепного крововиливу
 - Б) Глибокої недоношеності
 - В) Тяжких форм респіраторних розладів
 - Г) Отиту
 - Д) Відсутність смоктального рефлексу
3. Дівчинці 11 років, страждає на пієлонефрит (інфекційно-запальне захворювання нирок) та знаходиться на стаціонарному лікуванні у дитячій лікарні. Яка кількість води для лікувальної мети питного режиму їй необхідна?
 - А) 500 мл
 - Б) 1100 мл
 - В) 1500 мл
 - Г) 2100 мл
 - Д) 2500 мл
4. У здорової дитини 7-ми місяців яка можлива кратність годувань за добу?
 - А) 3 рази
 - Б) 4 рази
 - В) 5 разів
 - Г) 6 разів
 - Д) 7 разів
5. Обробку посуду в їдальні стаціонару після використання проводять так:
 - А) Очищають від харчових відходів, миють під проточною водою
 - Б) Очищають від харчових відходів, замочують в хлорному вапні
 - В) Очищають від харчових відходів, замочують в жиророзчинному засобі
 - Г) Очищають від харчових відходів, прожарюють в сухожаровій шафі
 - Д) Очищають від харчових відходів, знежирюють шляхом замочування у 2 % розчині натрію гідрокарбонату, прожарюють в сухожаровій шафі

Рекомендована література

1. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2019. 392 с.
2. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій: навчальний посібник / В. С. Березенко, О. В. Тяжка, А. М. Антошкіна та ін. 3-є видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2018. С. 55-64.
3. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / Л. С. Савка, Л. І. Разінкова, О. І. Коцар, Л. М. Ковальчук, О. В. Кононов. 4-е видання. Київ : Видавництво «Медицина», 2018. 600 с.
4. Сестринська справа : підруч. / Н. М. Касевич, І. О. Петряшев, В. В. Сліпченко та ін.; за ред. В. І. Литвиненка. 3-є вид., випр. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2017. 816 с.
5. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів / В. Г. Майданник, В. Г. Бурлай, О. З. Гнатейко та ін.; за ред. проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид., випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 872 с.
6. Наказ МОЗ України від 20.03.2008 № 149 «Про затвердження клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0149282-08#Text>
7. Наказ МОЗ України від 04.04.2005 № 152 «Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0152282-05#Text>
8. Наказ МОЗ України від 29.08.2006 № 584 «Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0584282-06#Text>
9. Наказ МОЗ України від 11.08.2014 № 552 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1067-14#Text>

Електронні ресурси

1. <http://www.meddean.luc.edu/lumen/meded/medicine/pulmonar/pd/contents.htm>;
2. <http://meded.ucsd.edu/clinicalmed/>;
3. <http://medsoft.ucoz.ua>;
4. <http://mozdocs.kiev.ua>



Розділ VII

ДОГЛЯД, ГІГІЄНА ТА АНТРОПОМЕТРІЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Актуальність

Дотримання правил гігієни у дітей раннього віку дуже важливо для нормального зростання та розвитку малюка, сприяє збереженню та зміцненню здоров'я і є профілактикою розвитку алергічних та запальних процесів в організмі. Особиста гігієна включає правила догляду за порожниною рота, тілом, статевими органами, користуванням білизною, одягом та житлом. Батьки мають навчати дітей гігієнічним навичкам змалечку.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
	Антропометрія	Сукупність методичних прийомів, які застосовуються для вимірів тіла та скелета людини.

1	2	3
	Сповивання	Спеціальна техніка одягання дитини перших місяців життя у тканинні натуральні пелюшки з метою збереження термо- та енергозатрат.
	Одноразовий підгузник	Вид нижньої білизни, в якій є шар, наповнений суперабсорбентом та призначений для поглинання сечі та недопущення забруднення верхнього одягу.
	Попрілості	Певні зміни поверхні шкіри.
	Навик охайності	Привчання дитини до користування горщиком.
ОГ	Особиста гігієна	Основа здорового способу життя, профілактика різних захворювань.

Поняття про період новонародженості та показники адаптації

У період новонародженості відбувається пристосування дитини до позаутробного життя: фізіологічна перебудова усіх функціональних систем організму, поява самостійного дихання, зміна кровообігу, становлення фізико-хімічних та морфологічних параметрів крові, пристосування до ентерального (грудного) вигодовування.

У цей час дуже важливо створити дитині кваліфікований догляд, який би забезпечував пристосування новонародженої дитини до нових умов виживання, загальний рівень розвитку яких повинен відповідати основним показникам адаптації (табл. 2).

Таблиця 2

Показники адаптації новонародженої дитини

Ознака	Нормальні межі
Частота серцебиття	140–160 ударів за хвилину
Частота дихання	40–60 за хвилину
Колір шкіри	Рожевий, відсутній центральний ціаноз
Рухи	Активні
М'язовий тонус	Задовільний
Температура тіла	36,5–37,5°C

Особливості догляду за новонародженими дітьми з пологової зали до виписки з пологового будинку

У стаціонарі слід забезпечити особливо ретельний догляд за дітьми раннього віку, оскільки імунітет дитини може бути ослабленим, що може призвести до виникнення інфекційних уражень шкіри та слизових оболонок. Зазвичай догляд за дитиною здійснює мати, а за відсутності її або родичів – медсестра. Процедури залежать від віку, статі та загального стану дитини.

Основи догляду за новонародженими і дітьми першого року життя:

- Дотримання чистоти.
- До роботи з дітьми не допускаються особи з інфекційними захворюваннями і гнійними процесами, нездужанням або підвищеною температурою тіла.
- Догляд за дітьми проводиться молодшим і середнім медперсоналом при обов'язковому контролі та участі лікаря-педіатра.
- Медпрацівникам відділення грудних дітей забороняється носити вовняні речі, біжутерію, каблучки, користуватися парфумами та ін.
- Медичний персонал відділення, де перебувають діти, повинен носити медичну форму, шапочку, маски і змінне взуття, які змінюють при виході з відділення.
- Обов'язкове суворе дотримання особистої гігієни.

Догляд за здоровою новонародженою дитиною у пологовій залі

У пологовій залі відразу після народження акушерка викладає дитину на живіт матері, підігрітою стерильною пелюшкою обсушує голову і тіло дитини, надягає шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

Під час обсушування зі шкіри новонародженого немовляти видаляють амніотичну рідину, кров, меконій, окрім залишків пологової змазки. Якщо тіло дитини забруднено інфікованими навколоплідними водами її через 2 години після народження купають у перевареній воді, ретельно обсушують, щоб не допустити переохолодження.

Більшість новонароджених дітей не потребують відсмоктування слизу з ротової та носової порожнин та інших медичних втручань, які застосовували раніше. При потребі цю маніпуляцію проводять за допомогою груші, а не електровідсмоктувача, щоб зменшити ймовірність ускладнень.

Через 1 хв після народження дитини (час закінчення пульсації пупкового канатика) акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та відрізує пупковий канатик. При задовільному стані дитину перекладають на груди матері, що запобігає втратам тепла та сприяє колонізації її мікрофлорою матері. Після появи у новонародженого пошукового і смоктального рефлексів акушерка допомагає прикласти його до грудей.

Через 30 хв після народження вимірюють температуру тіла новонародженого у пахвовій (аксиллярній) ямці електронним термометром. Результати заносять до карти розвитку новонародженого (ф. 097/о).

Не пізніше ніж через 1 годину життя дитини (після контакту «очі в очі») акушерка для профілактики офтальмії одноразово закапує очі новонародженого краплями *тобрекс* згідно з інструкцією.

Після завершення контакту «шкіра до шкіри», який триває у пологовій залі протягом 2 год, акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, стерильною одноразовою клемою клемиє залишок пупкового канатика, проводить антропометричні вимірювання. Під час проведення цієї процедури слід дотримуватися таких правил:

- ретельно вимити руки;
- використовувати тільки стерильний інструментарій та рукавички;
- надягати дитині чистий (можна домашній) одяг;
- не накривати залишок пупкового канатика підгузником;
- уважно стежити за ознаками появи інфекції (гіперемія, набряк; гнійне або сукровичне виділення, неприємний запах).

Одягнути в чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички (можна домашні, підготовлені та підігріті заздалегідь) дитину з матір'ю вкривають ковдрою і переводять у палату спільного перебування.

Слідкувати, щоб у палаті не було протягів від вікон, дверей та кондиціонерів або вентиляторів. Для новонародженого важливо дотримання «теплого ланцюжка», тобто необхідного температурного режиму (оптимально 25–28°C). Це знижує ризик та запобігає розвитку в новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень ЦНС. Усі процедури, медичні втручання (у т. ч. і реанімаційні заходи), як і транспортування дитини, проводять у належних теплових умовах.

Туте сповивання знижує ефективність підтримання тепла, обмежує загальні та дихальні рухи дитини, що шкідливо для новонародженого. Купати та зважувати дитину відразу після народження не слід через втрату тепла, тому зважують дитину безпосередньо перед переведенням у палату спільного перебування і перед виписуванням (для контролю фізіологічної втрати маси тіла), а купання доцільніше розпочинати вдома.

Від моменту народження до моменту виписування з пологового стаціонару новонароджений перебуває разом з матір'ю в одній палаті. Це сприяє грудному вигодовуванню на вимогу дитини; залучення до догляду членів родини та медичного персоналу; мінімізації медичних втручань.

У палаті спільного перебування та з дотриманням вимог поінформованої згоди матері виконуються усі призначення та маніпуляції (вакцинація, обстеження на фенілкетонурію, гіпотиреоз тощо). Догляд за шкірою та підмивання теплою проточною водою, вимірювання температури дитини (двічі на день) у першу добу здійснює медсестра та навчає матір, яка надалі робить це самостійно.

Алгоритм первинної обробки залишка пупочного канатика та подальшого догляду за ним

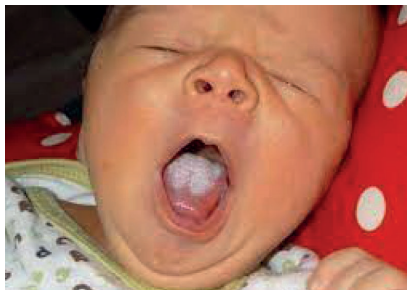
Через 2 год після перерізування пупкового канатика на його залишок накладають стерильну одноразову клеми на відстані 0,3–0,5 см від пупкового кільця. При спільному перебуванні матері та дитини залишок пупкового канатика нічим не обробляють, бо

відбувається його колонізація мікрофлорою матері та лейкоцитна інфільтрація. Поступово (у термін від 5 до 15 діб) пупковий залишок підсихає, стає твердим і темним.

Накладання пов'язок на залишок пупкового канатика та його обробка антисептиками чи антибіотиками не бажана (проводять лише за показаннями або за відсутності раннього контакту матері й дитини), оскільки це знижує рівень колонізації шкіри дитини мікрофлорою матері та лейкоцитну інфільтрацію і може спричинити інфікування госпітальною флорою, тим самим продовжити терміни відпадання залишку. Якщо залишок пупкового канатика забруднився сечею або випорожненнями, слід одразу вимити його кип'яченою водою з милом і ретельно висушити чистою пелюшкою або серветкою. Пупковий залишок повинен завжди бути сухим і чистим. Медперсонал стаціонару повинен слідкувати за можливими ознаками інфекції та навчити матір навичкам догляду за залишком пупкового канатика і пупковою ранкою. Виписують дитину, коли немає ознак інфекції в ділянці залишку пупкового канатика.

Догляд за ротовою порожниною немовляти

Чистити рота здоровій дитині грудного віку не треба, оскільки можна легко поранити слизову оболонку і спричинити запальний процес. Цю процедуру проводять у разі необхідності, зокрема, за наявності пліснявки грибкового походження, що нерідко виникає через ослаблення імунітету (рис. 41).



Мікози внутрішніх органів

• Паразитичний гриб *Candida albicans*, який є збудником молочниці ротової порожнини в дітей (пліснявки) і піхви в жінок.



Рис. 41 Мікози внутрішніх органів дитини

Техніка виконання: ватно-марлевим тампоном, змоченим 2 % розчином натрію гідрокарбонату, обробляють слизову оболонку в такій послідовності: язик, тверде піднебіння, щоки, присінок рота.

З трирічного віку дитину слід привчати полоскати рот після їжі та перед сном, чистити зуби вранці і ввечері. Використовують для цього дитячу зубну пасту та щітку. Чистять зуби рухами зубної щітки згори донизу та знизу вгору із зовнішнього та внутрішнього боків (рис. 42). Після кожного споживання їжі дитина повинна полоскати рот теплою водою, краще ледь підсоленою (чверть чайної ложки натрію хлориду на склянку води) або водою із содою (3–5 г натрію гідрокарбонату на склянку води). Якщо вона неспроможна робити це самостійно, молодша медсестра (або мати) обробляє ротову порожнину дитини пінцетом з ватними тампонами, змоченими у 2 % розчині натрію гідрокарбонату. При цьому шпателем відсувають по чергово праву та ліву щоки, щоб не занести інфекцію у вивідні протоки слинних залоз. За необхідності маніпуляцію повторюють, змінивши тампон.

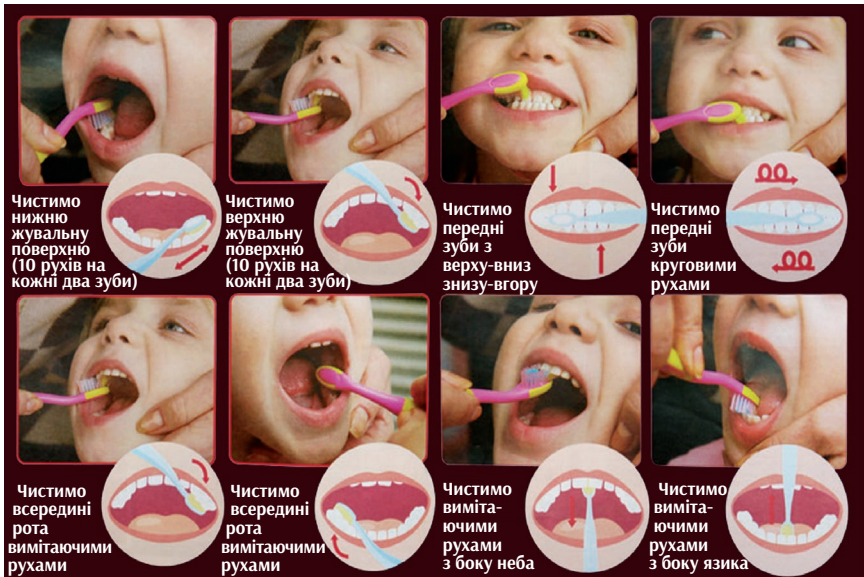


Рис. 42. Техніка чищення зубів

Надання допомоги дітям раннього віку під час прорізування зубів

Фізіологічний процес прорізування молочних зубів у дітей відбувається досить важко. Він може супроводжуватися *відхиленнями у стані здоров'я дитини*: припухлістю та почервонінням ясен, підвищенням слюнотечі, свербінням та потребою тримати у роті руки або іграшки, вередуванням, порушенням режиму сну, відмовою від грудей, суміші чи прикорму, підвищенням температури, розладами стільця та нежиттю.

У сучасній педіатричній практиці використовують різноманітні засоби, щоб увесь термін прорізування зубів пройшов комфортно та без ускладнень.

З метою полегшення та заспокоєння дитини використовують такі засоби:

- іграшки для жування, тобто спеціальні кільця з ефектом охолодження, які знімають свербіж;
- правильне харчування з щадною та обволікаючою технологією приготування;
- відволікаючі психологічні методи та ігри;
- легкий масаж ясен за допомогою силіконового напальчника;
- захист шкіри;
- зубні гелі з локальною знеболюючою дією;
- лікарські засоби жарознижуючі або знеболюючі тільки за призначенням лікаря.

Методика догляду за очима малюка

Догляд за очима: промивають 2 рази на добу (уранці та ввечері перед купанням) ватними тампонами, змоченими кип'яченою водою, а також за необхідності.

Техніка виконання: беруть **чотири змочених у воді ватних тампони** (окремо для кожного віка), віджимають і промивають кожне око від зовнішнього кута до перенісся, потім так само обробляють очні щілини сухою серветкою. При повторенні цієї маніпуляції щоразу беруть новий тампон (рис. 43). Тяжкохворим дітям чи у разі загрози виникнення кон'юнктивіту очі можна промити розчи-

ном фурациліну 1:5000 або іншим антисептичним засобом за призначенням лікаря.

Діти старшого віку промивають очі під час умивання.



Рис. 43. Техніка догляду за очима

Особливості догляду за носовими ходами

Техніка виконання. Ватні джгутики, змочені ізотонічним розчином натрію хлориду, обертальними рухами почергово вводять у носові порожнини (для кожного носового ходу окремі) на глибину до 1,0–1,5 см та видаляють залишки слизу або кірочки до відновлення вільного дихання дитини через ніс. Проводять двічі на добу: зранку і ввечері. Змочування ватного джгутика запобігає розвитку алергійних проявів з боку слизової оболонки носа, які можуть спричинити мікроросинки вати, що залишилися в носових ходах (рис. 44). Навичкам догляду за носовою порожниною навчають дітей старшого віку (як при виділеннях із носа й утрудненому носовому диханні обережно сякати в носовичок) і забезпечують їх носовими хустинками.



Рис. 44. Техніка очищення порожнини носа

Очищення дитині носових ходів від слизу

Під час респіраторно-вірусних, алергічних захворювань, іноді без явних причин у маленьких дітей часто спостерігається накопичення слизу в носових ходах, що заважає диханню, годуванню та спокійному сну. До 2–3-річного віку дитина не вміє самостійно визволяти ніс від слизу. В результаті малюк стає дратівливим, відмовляється від їжі, кричить та плаче. Тому необхідно максимально швидко та ефективно застосовувати назальні аспіратори, які безпечно відводять слиз та надають дитині вільне дихання.

Вони поділяються: *на домашні та медичні*, а останні можуть бути у вигляді *портативних чи стаціонарних моделей вакуумних електровідсосів*, які широко використовуються в усіх відділеннях дитячих стаціонарів.

Серед домашніх аспіраторів виділяються такі:

- вакумна гумова груша з м'яким наконечником, але вона густі виділення виймає важко та мало підходить дітям до 6 міс;
- механічні аспіратори мундштукового типу з одноразовими фільтрами, відсосувати ними слиз має доросла людина, яка може інфікуватися;
- електронні аспіратори – найбезпечніша модель з силіконовими наконечниками, які легко відкачують і рідкий, і густий слиз у дитини будь-якого віку.

Правила використання:

- 1) перед використанням промивають новий пристрій;
- 2) після кожного використання промивають камеру для збору слизу та насадки, що застосовувались;
- 3) підбирають наконечники відповідного розміру;
- 4) перед процедурою зволожують носові ходи фізрозчином, щоб краще відходив слиз;
- 5) закривають одну ніздрю для кращого відходження слизу.

Методика туалету вушних раковин та слухових ходів дитини

Догляд за вухами проводять за необхідності. Зазвичай вушну раковину просто протирають ватним тампоном, змоченим у теплій кип'яченій воді.

Сухими ватними джгутиками без твердої основи, щоб не поранити шкіру і барабанну перетинку або спеціальними вушними паличками з обмежувачем обережно прочищають зовнішні слухові ходи.

Техніка виконання: медична сестра або лікар відтягують вушну раковину лівою рукою назад і донизу, роблять кілька обертальних рухів джгутиком і виймають його. За необхідності маніпуляцію повторюють новим джгутиком. Новонародженому до року достатньо обробляти лише вушну раковину.

Щоб видалити сірчану пробку у вухо закачують кілька крапель 3 % розчину водню пероксиду. Потім обертальними рухами ватною турундою видаляють розм'якшену пробку. У разі ускладнення процедури її виконує оториноларинголог.

Догляд за додатками шкіри (нігтями та волоссям) немовляти

Догляд за нігтями. Нігті немовляті обрізують раз на тиждень ножицями з тупими кінцями, щоб довжина вільного краю не перевищувала 1–1,5 мм. Причому на пальцях рук округло, а на ногах – прямолінійно. Після виконання процедури обов'язково протирають ножиці ватою, змоченою 70 % етиловим спиртом або іншим дезінфекційним розчином.

Догляд за волоссям. Залежно від стану хворого голову миють раз на 7 днів. Хворим дітям старшого віку, які перебувають на суворому постільному режимі, закидають голову назад і фіксують на рівні шиї валиком або подушкою. Щоб не намочити білизну дитину вкривають вологостійкою тканиною; на головний кінець ліжка ставлять таз. Голову намилюють шампунем або милом і обережно споліскують теплою водою, не допускаючи переохолодження. Волосся висушують рушником, пелюшкою або феном.

Догляд за хворою дитиною та забезпечення фізіологічних потреб дитини раннього віку

Догляд за хворою дитиною в педіатричному стаціонарі та дотримання гігієни повинні виконуватись з урахуванням особливостей будови і функціонування всіх систем організму дитини

залежно від віку та її психічного стану. Вікові анатомічні та функціональні особливості шкіри, у разі зниження місцевого імунітету і обмеження захисної функції, потребують чіткого дотримання гігієнічних вимог.

Гігієнічний догляд за шкірою і слизовими оболонками. Під час хвороби дитина більше потіє, сеча стає більш концентрованою, тому при неправильному догляді у малюків легко можуть виникати попрілості, пелюшковий дерматит, а при порушенні температурного режиму – пітниця.

Шкіра хворої дитини дуже ніжна, її роговий шар може легко злущуватися і утворюється садно, що стає вхідними воротами інфекції. Тому медичному персоналу треба враховувати це під час проведення процедур.

Слід пам'ятати і про підвищену вразливість слизових оболонок, особливо у дітей перших місяців життя. Слизова оболонка ротової порожнини досить суха, і під час обробки її легко подразнити.

Медпрацівник при роботі з дітьми має дотримуватися таких правил:

- коротко обрізати нігті на руках, щоб не ушкодити шкіру дитини;
- ретельно мити руки перед і після завершення догляду за кожною дитиною;
- знімати прикраси, які можуть спричинити подразнення шкіри дитини.

Дитячий одяг, пелюшки, постільна білизна повинні бути легкими, виготовленими з бавовняної тканини, щоб шкіра дитини інтенсивно дихала. Це особливо актуально при захворюваннях органів дихання. Виконуючи процедури з місцевою дією лікарських засобів, слід враховувати, що підвищена проникність шкіри (особливо у дітей раннього віку) і чутливість слизових оболонок дитини потребують спеціально підібраних лікарських засобів зовнішнього використання, дозування і методики їх застосування.

Дитину з малих років треба поступово привчати самостійно мити руки, умиватися і т. ін.

Кістки у дітей раннього віку м'які, легко деформуються. Щоб уникнути травм, потрібно обережно повертати дитину, брати її за руку (за плече) і стегно одночасно, а не тільки за руку або за ногу. Не слід робити і швидких та різких рухів, бо це може спричинити вивих.

Органи дихання дитини (особливо в перші місяці життя) недосконалі: носові ходи вузькі; язик великий, заповнює майже всю ротову порожнину (для зручності смоктання), тому дихання через рот у дітей утруднене. І навіть незначне виділення з носа або утворення кірочок може призвести до ускладнення носового дихання. Медперсонал повинен слідкувати за цим і вживати відповідних гігієнічних заходів.

Потреба організму дітей у кисні більша, ніж у дорослих, що задовольняється збільшенням не глибини, а частоти дихання. Тому важливо стежити за чистотою повітря в палаті та службових приміщеннях, регулярно провітрювати, утримувати необхідну вологість повітря (особливо при захворюваннях органів дихання), а також дотримуватися принципу вільного сповивання немовлят.

Серцево-судинна система дитини має вікові особливості. Розміри порожнин серця (особливо шлуночків) відносно невеликі, їх збільшення відбувається протягом усього періоду дитинства нерівномірно. Забезпечення достатнього кровопостачання у дитини досягається частішими скороченнями серця. У новонароджених м'язовий шар розвинений тільки в артеріях малого кола кровообігу, а в артеріях великого кола починає формуватися з 5 років. Тому у дітей віком до 5–7 років рідко бувають підвищення АТ (гіпертензія). А захворювання серця часто супроводжуються розвитком задишки, ціанозу, збільшенням частоти серцевих скорочень.

Зазвичай діти дуже активні та рухливі. Якщо ж дитина швидко втомлюється, періодично зупиняється, відпочиває (сідає), надто млява, це може свідчити про захворювання серця або ускладнення з боку серцево-судинної системи. Про це слід негайно повідомити лікарю.

Усі ці аспекти треба враховувати при догляді: складанні та виконанні режиму дня і дозуванні навантажень.

Травна система новонародженого недосконала. Ротова порожнина мала, слизова оболонка ніжна, має добре кровопостачання. Незначне слиновиділення після 3 міс посилюється (при захворюваннях ротової порожнини ще більше), дитина вже не взмозі проковтнути всю слину, тож для запобігання подразненням шкіри навколо рота, треба за нею ретельно доглядати. У перші місяці життя протирати ротову порожнину (крім процедур, призначених лікарем) неприпустимо, щоб не ушкодити ніжну слизову оболонку.

З віком просвіт стравоходу у дитини збільшується, тому слід підбирати розміри зондів, які використовують для досліджень і медичних маніпуляцій (промивання шлунка), відповідної довжини і діаметра.

Об'єм шлунка у дітей при народженні складає усього 7–10 мл, а наприкінці 1-го року життя – 200–250 мл. Це необхідно враховувати під час годування і визначення кількості їжі на одне годування.

Недостатність кардіального отвору шлунка виявляють у дітей перших місяців життя. А воротарна частина шлунка функціонально добре розвинена вже при народженні, що спричиняє зригування. *Тому після годування дитину кілька хвилин тримають вертикально або кладуть у ліжку з піднятою під кутом 15° стороною узголів'я.*

Недорозвинена товста кишка у дітей 1-го року життя відносно коротка, що й зумовлює частішу, ніж у дорослих і дітей старшого віку, дефекацію. Підслизовий шар прямої кишки слабо фіксує слизову оболонку, що може бути причиною її випадання при діареї, закрепі або *під час постановки клізми.*

Функції печінки, особливо детоксикаційна, ще недосконалі що досить часто спричиняє у дітей розвиток токсикозу при різних захворюваннях. Це треба враховувати під час лікування та проведення діагностичних досліджень.

Нирки дитини після народження ще не повністю розвинені, а процеси фільтрації у дітей перших 2–3 років життя знижені. Це слід враховувати при забезпеченні водного режиму хворій дитині, бо отримання зайвої кількості води спричиняє затримку рідини в організмі. До 2-річного віку нирки неналежним чином виводять іони натрію з організму, що потребує обмеження кількості солі в

цей період. Функціональний стан нирок починає наближатися до показників дорослої людини після двох років.

Кількість сечовипускань у здорових дітей 1-го року життя становить 10–20 на добу, у дітей 2–3 років – 8-10 разів, у дітей шкільного віку – 5–7 разів на добу, при захворюваннях – частіше. Часте сечовипускання може призвести до інфікування патогенними мікроорганізмами слизової оболонки зовнішніх сечових органів. Для запобігання розвитку інфекції необхідно ретельно виконувати правила догляду, особливо дівчаток.

Обмін речовин у дітей має свої особливості. Потреба здорових дітей в рідині значно вища, ніж у дорослих (див. вище). Це треба враховувати при складанні водного та режиму харчування дитини. Адже високий рівень позаклітинної рідини, недосконалі механізми фіксації рідини в клітинах і міжклітинних структурах можуть призвести до зневоднення організму при різних інфекційних захворюваннях, порушеннях температурного режиму, недостатньому надходженні води з їжею.

При захворюваннях з проносом, блюванням, підвищеною температурою тіла, кількість споживаної дитиною рідини залежить від вираженості проявів зневоднення (ексикозу). Хвора дитина може відмовлятися від їжі та пиття, тому треба обов'язково слідкувати за об'ємом рідини, яку вона випила і виділила.

При догляді за хворою дитиною, крім створення психологічного комфорту, необхідно дотримання низки гігієнічних вимог. Щоранку потрібно вмивати дитину водою кімнатної температури, перестилати постіль. Ковдру, матрац та подушку слід протягом 2 год провітрювати. Одяг повинен бути комфортним і не обмежувати дитину. Найкраще одягати нічну сорочку з довгими рукавами або трикотажну кофтинку. Якщо дитині дозволено вставати з ліжка, можна надягати фланелеву піжаму.

Найбільш складно впоратися з поганим апетитом. Адже повноцінне харчування сприяє якнайшвидшому одужанню. Обсяг порцій зменшують та збільшують кількість годувань. Нові продукти під час хвороби бажано до раціону не вводити. Їжа має бути звичною, і краще, якщо переважно складатиметься з улюблених страв.

Залишати дитину наодинці з хворобою неприпустимо. Дозвілля хворої дитини має бути заповнено цікавою та нескладною діяльністю, що цілком залежить від зусиль батьків.

Методика підмивання та купання дітей раннього віку

Догляд не повинен сприяти виникненню болю чи неприємного відчуття. Рекомендується підмивати дитину теплою (36,5–37°C) точною водою після кожного випорожнення і сечовипускання.

Дівчаток мийть спереду назад так, щоб калові маси разом з водою не потрапляли у статеву щілину.

Для більш ретельного очищення шкіри застосовують ватні тампони. Після підмивання обережно просушують шкіру м'якою пелюшкою, змазують всі складки стерилізованою рослинною олією або вазеліновим маслом; можна також користуватись вітамінізованим кремом, або з оксидом цинку, 5 % таніновою маззю.

Новонародженого починають купати після того, як відпаде пуповина та епітелізується пупочна ранка (7–10 день життя). Перші 6 міс – щодня, від 6 міс до 1 року – через день, а далі – двічі на тиждень. Купати дитину краще увечері перед годуванням. Для купання необхідно приготувати ванночку (помити її щіткою з милом та ошпарити окропом); пелюшки та сорочечку; водний термометр, міцний розчин перманганату калію, переварену воду (гарячу та холодну), м'яку фланель, мило, простирадло або пухнасті рушники, стерилізовану рослинну або вазелінову олію. Якщо в приміщенні, де купають дитину, температура повітря нижче 22°C пелюшки та сорочечку краще заздалегідь зігріти.

На дно ванночки кладуть пелюшку, наливають спочатку гарячу, а потім холодну воду, доводячи її до 37°C (вимірювання роблять водним термометром). Протягом першого місяця життя дитину бажано купати у перевареній воді. При подразненнях на шкірі чи незагоєній пупочній рані у воду для купання додають кілька крапель відварів лікарських трав (ромашки, календули, череди, чистотілу).

Малюка кладуть у ванночку так, щоб верхня частина тулуба була над водою. Голова малюка повинна лежати на передпліччі, а

пальцями треба підтримувати дитину за ліве стегно. Вільною рукою тіло дитини поливають водою. Для намилювання використовують м'яку фланелеву рукавичку. Тривалість ванни для немовлят першого року життя – 5–10 хвилин.

Після купання дитину обливають чистою водою, температура якої на 10°C нижче, ніж у ванночці, закутують у простирadlo або махровий рушник та обсушують. З метою профілактики змазують усі складки шкіри та під п'хвами й пахову ділянку стерилізованою рослинною або вазеліною олією, а у новонародженого обробляють пупочну ранку. Потім дитину одягають та сповивають. Ванночку слід використовувати лише для купання малюка.

Правила обробки складок шкіри немовляти з метою профілактики попрілоостей

Обробка складок шкіри дитині грудного віку проводиться не менше 2 разів на добу вранці під час туалету та ввечері після купання. Використовують дитячі косметичні індиферентні масла та змоченими ватними тампонами обробляють усі складки зверху до низу з обох сторін у певній послідовності:

- у ділянці шиї;
- у пахвових ділянках;
- у ліктьових згинах;
- у ділянках зап'ястя;
- на долонях;
- у міжпальцевих проміжках верхніх кінцівок;
- у пахвинних ділянках;
- у промежині;
- у підколінних згинах;
- у міжпальцевих проміжках нижніх кінцівок.

Правила сповивання та сучасний одяг дітей першого року життя

Сповивання або перевдягання проводять перед кожним годуванням, а дітей з захворюваннями шкіри – частіше. Стіл для сповивання і матрац після сповивання треба протирати 0,5–1 % розчином

хлораміну. У період новонародженості треба мати такий комплект дитячої білизни:

- бавовняні пелюшки (холодні) – 10 шт.;
- фланелеві пелюшки (теплі) – 10 шт.;
- одноразові підгузники;
- сорочки – 10 шт.;
- теплі кофтинки – 10 шт.;
- тонкі чепчики – 2 шт.;
- фланелеві чепчики – 2 шт.;
- ковдра байкова – 1 шт.;
- ковдра вовняна – 1 шт.;
- підковдра – 2 шт.;
- простирадло – 2 шт.;
- клейонка – 1 шт.;
- матрац – 1 шт.;

Білизну новонародженому одягають швами налице, щоб запобігти мацерації шкіри. Прати її необхідно окремо від речей інших членів сім'ї дитячим милом і прасувати з обох сторін.

Ліжко дитини повинно легко митися, його розташовують у місці, де температура найбільш стійка, на достатній відстані від вікна та опалювальних приладів. Матрац роблять рівним, без горбів, з кінського волосся, морської трави, мочалки. Протягом першого року життя подушка дитині не потрібна – це запобігає скривленню хребта.

Техніка проведення сповивання

1. Під час сповивання дитину кладуть на пелюшку, щоб верхній її край доходив до пахв.
2. На промежину розміщують підгузник та загортають дитину у тонку пелюшку.
3. Потім загортають у теплу пелюшку.
4. При необхідності накривають простирадлом.

Сповивання в сучасних умовах проводять дітям 1–3 міс життя. Доношеного новонародженого перші 2–3 тижні краще сповивати з руками, а далі – ручки кладуть поверх простирадла. Сповивання має бути вільним, не сковувати рухів дитини. З 1–2 міс дитині можна

одягати т.з. «людинку», трикотажний комбінезон, як поєднання повзунів та кофтинки. Замість взуття використовують бавовняні шкарпетки.

З 3–4 місяців, коли починається слинотеча, зверху кофтинки одягають надгрудник. Для прогулянок необхідно мати пальто, курточки, комбінезони, шапки тощо. Косинку або шапочку з бавовняної тканини після ванни або під час прогулянок. З 9–10 місяців, з початком ходіння, з'являється потреба у взутті.

Переваги та правила користування одноразовими підгузниками

Перші одноразові підгузники з'явилися у продажу в 1961р. у США. Спочатку вони мали форму багаторазових, були виготовлені з вологонепроникних, здебільшого з хімічно синтезованих матеріалів. Поглинання рідини здійснювалося шарами розпушеної целюлози. Перші підгузники були досить дорогими, мами часто замінювали целюлозу на бавовняну тканину. Пізніше почали випускати промислові одноразові «вкладки» для підгузників. Однак невдовзі стало ясно, що цей гігієнічний засіб може стати «революцією XX століття» і докорінно змінить саму ідеологію раннього виховання дітей. Промисловість та науковці інтенсивно працювали наступні десятиліття, здійснивши важливі відкриття в галузі фізики та хімії процесів всмоктування, поглинання, збереження сухості шкіри. Французькі соціологи включили підгузники до списку найкорисніших винаходів XX століття.

Від цілісності шкіри залежить її здоров'я. Тому метою догляду за шкірою з перших днів життя має бути збереження її цілісності та зменшення подразнення, що досягається:

- зниженням ступеня зволоження;
- зменшенням тертя;
- відсутністю контактів з подразниками, такими як пральні засоби або мило.

Подразнювальна дія сечі, калу, травних ферментів, зміна кислотності шкіри під підгузником, бактеріальна та грибоквова інфекція, що діють усередині пелюшок або підгузника в разі недотримання

гігієнічних норм, стають причиною розвитку та підтриманню запального процесу шкіри.

Одноразові підгузники популярні, їх виготовляють десятки виробників. Вони зручні, гігієнічні, як усі одноразові засоби, їх нескладно підібрати, розраховуючи на вікові (ваго-ростові) показники, залежно від статі та мети застосування. Вони різняться за якістю, а відповідно і за ціною (рис. 45).



Рис. 45. Види одноразових підгузників

Одноразовий класичний підгузник складається з 6 шарів:

1. Внутрішній шар – прилягаючий до шкіри дитини, м'який, добре пропускаючий рідину.
2. Провідний і розподільний – поглинає вологу і розподіляє її по всій поверхні.
3. Абсорбуючий – поглинає вологу із провідного шару і утримує її за рахунок перетворення рідини на гель, має індикатор вологи (кольорові зовнішні смужки).
4. Внутрішні оборочки запобігають протіканню.
5. Зовнішнє покриття підгузника не пропускає залишкову неабсорбовану рідину, має пористі властивості, створюючи додатковий «дихаючий» ефект, виводячи вологе повітря з підгузника.
6. Еластичні застібки-липучки, кнопки.

Правила використання одноразових підгузників:

- Розмір підгузника повинен ідеально підходити дитині, не заважати природним рухам та не викликати додаткового тертя і алергії.
- Підгузник міняють по мірі наповнення, як правило, через 4 години, а після спорожнення кишечника – одразу, бо калові маси,

якщо їх вчасно не вимити з дитячим милом, провокують небажані подразнення.

Для цього слід покласти дитину на спину, розстебнути липучки і акуратно, зверху вниз, скласти підгузник, намагаючись не зачепити брудною частиною статеві органи. Після цього підмити малюка або протерти сідниці дитячими вологими серветками. Промокнути шкіру і дати їй провітритися (рис. 46).



Рис. 46. Правила заміни підгузників

Щоб зняти подразнення, багато батьків використовують спеціальні креми під підгузники. В них є складові, які підсушують і загоюють.

Знявши підгузник не поспішати надягати новий. Треба влаштувати дитині повітряну ванну на 15–20 хв та перевірити шкіру на предмет почервонінь, попрілостей, слідів від здавлювання. За необхідності шкіру промивають теплою водою (можна з милом), підсушують. Повітряні ванни корисно влаштовувати кілька разів на день, це сприяє профілактиці попрілостей, дерматиту, вульвіту та інфекції нижніх відділів сечовивідних шляхів.

Перед прогулянкою або сном обов'язково треба замінити підгузник, навіть якщо попередній ще має резерви.

Нові рекомендації Європейського круглого столу по догляду за шкірою немовлят в ділянці підгузника

Нові рекомендації	Рівень доказовості	Рівень рекомендацій
Ділянка підгузника повинна бути чистою і сухою	Високий	Високий
Підгузники варто змінювати так часто, наскільки це необхідно, щоб забезпечити чистоту і сухість шкіри	Середній	Високий
Шкіру в ділянці підгузника варто обережно очищати ватними кульками/дисками або м'якою серветкою і тільки водою чи з використанням спеціальних серветок	Середній	Високий
Спеціальні серветки можна використовувати з народження	Середній	Високий
Серветки можна використовувати при кожній заміні підгузника	Середній	Слабкий
Висихання шкіри може бути досягнуто шляхом природного висихання на повітрі або ніжного промокання сухим рушником чи сухими ватними кульками	Середній	Високий
Пахова і/або сіднична ділянка перед купанням повинна бути очищена, якщо це необхідно	Середній	Високий

Пелюшковий дерматит

Пелюшковий дерматит – це стан, також відомий як попрілість, пітниця, пелюшковий висип, подразнюючий дерматит, який описує сип в ділянці підгузника, викликану запаленням шкіряного покриву.

Пелюшковий дерматит – це контактний дерматит іритативно-го типу (виникає, коли токсична або хімічна речовина вступає в контакт зі шкірою та спричиняє пряме пошкодження шкіри)

Причиною пелюшкового дерматиту НЕ є будь-який інфекційний чи алергічний агент!

Незважаючи на наявність слова «пелюшка» в назві, причиною висипання є не сам підгузник, а подразники, які накопичуються в ньому.

Умовно причини пелюшкового дерматиту можна розділити на:

- а) фактори, що створюють умови до пошкодження шкіри
 - Тривале зволоження шкіри (памперс!)
 - Підвищення рівня рН в ділянці підгузника (внаслідок розпаду сечі зростає концентрація аміаку!)
- б) безпосередньо ушкоджуючі фактори
 - Фекалії, що містять протеази!

Протеази – група ферментів з протеолітичною активністю, які здатні розщеплювати білки шкіри. Вони синтезуються у підшлунковій залозі.

Активність протеаз, зазвичай, нейтралізується під час транзиту їжі вздовж кишківника.

Але у немовлят та маленьких дітей мікрофлора товстої кишки не надто добре розвинена, що є причиною підвищеної протеолітичної активності фекалій.

Активність фекальних протеаз у дітей першого року життя в сотні разів вище, ніж у дорослих!



Єдиний засіб, який здатний нейтралізувати фекальні протеази, це крем **ОлаКеа**. У своєму складі він містить природні інгібітори протеаз. Тому ОлаКеа дуже ефективний як для профілактики пелюшкового дерматиту, так і для його лікування.

Алгоритм обробки шкіри при появі попрілоостей

Пам'ятка для батьків про першу допомогу дитині при симптомах подразнення шкіри в ділянці сідниць і промежини.

Крок 1. Як тільки у дитини з'явилося подразнення шкіри під підгузником, необхідно акуратно промити дану ділянку теплою водою з дитячим милом. Не рекомендовано використання дитячих серветок з лосьйонами, бо вони можуть призвести до звуження пор шкіри і посилити подразнення.

Крок 2. Зняти підгузник і провітрити шкіру дитини. «Повітряна ванна» сприяє природньому процесу загоєння шкіри. Якщо

все ж таки без підгузника не обійтися, краще користуватися «дихаючими» підгузниками.

Крок 3. Необхідно часто перевіряти і замінювати підгузники.

Крок 4. Рекомендовано використовувати спеціальні креми і мазі від попрілостей. При нанесенні таких засобів варто пам'ятати, що на їх вбирання шкірою потрібен час, лише після цього можна одягати підгузник.

Крок 5. Якщо через 24 години все ж відмічається погіршення стану шкіри, з'явилася запальна реакція і/або висип, необхідно звернутися до лікаря.

Підсумовуючи вищезазначене, можна однозначно стверджувати, що при застосуванні одноразових підгузників необхідно:

- Зменшити кількість гігієнічних засобів.
- Гарно просушувати ділянку підгузника після миття.
- Краще використовувати присипки, спеціальні креми під підгузник з дозованим нанесенням, не застосовувати жирні олії.

Покроковий алгоритм привчання дитини до горщика

Безконтрольне довготривале застосування одноразових підгузників призводить до формування т.з. «памперсних» форм нетримань сечі та енурезу (самовільного сечовипускання під час сну), оскільки, знаходячись у таких підгузниках, дитина не відчуває «мокротіння», тобто появи безумовного рефлесу – «виділення сечі при переповненні сечового міхура». Якщо своєчасно не привчати дитину до горщика, то складна рефлекторна дуга повного фізіологічного контролю за актом сечовипускання (просинатися на поклики сечовипускання), не сформується до 4–5 річного віку.

- ▶ Вироблення у дітей навичок охайності проводиться поступово відповідно до віку. *Дуже важливо не пропустити певні вікові періоди для початку формування у дитини умовного рефлесу «свідомого фіксування відчуття наповненості сечового міхура з пошуком горщика для сечовипускання».*

З великим терпінням та урахуванням помісячних можливостей психомоторного розвитку дитини батьки повинні поетапно проводити відповідні виховні дії приблизно в зазначені терміни:

- ▶ **3 6 місяців, коли дитина фізіологічно сідає, висаджувати її на горщик.**
- ▶ **3 9 місяців – треба знімати одноразові підгузники вдома поза сном та привчати проситися на горщик.**
- ▶ **3 12 місяців – (у перші теплі місяці року – з травня по жовтень після 1 року життя) треба знімати одноразові підгузники вдень на весь період неспання дитини вдома та на прогулянках).**
- ▶ **3 18 місяців – треба знімати одноразові підгузники на денний сон.**
- ▶ **3 2 років та 6 місяців – треба знімати одноразові підгузники на нічний сон.**

Критерієм можливості знімати підгузники під час сну – є наявність їх у «сухому стані» протягом підряд 3-х денних періодів сну, а далі – 3-х нічних.

Для того, щоб дитина **скоріше навчилась утримувати відповідний об'єм сечі під час денного чи нічного сну, необхідно:**

- **перед сном висаджувати частіше (кожні 15 хвилин) на горщик (3–4 рази перед денним та 4–6 – перед нічним) та**
- **зменшити кількість прийому рідини безпосередньо перед сном.**

Важливим є також **питання вибору горщика для дитини.**

Горщик при виробленні навичку охайності – стає головним «помічником» або, науковою мовою, «подразником», для вироблення умовного рефлексу (як у класичному прикладі з собакою Павлова – своєрідною «лампочкою, що світиться» або «звучком дзвону», на що у тварини виділялася слина). Зараз сучасна промисловість стала враховувати фізіологічну значимість горщика, розробляються та пропонуються його види з т.з. **музичним приладдям**, що монтується на його дні. При появі першої краплі сечі, замикається електрична дуга та з'являється мелодія чи інші звуки. Це стає для дитини необхідним «подразником» для випускання сечі у горщик. Але з іншого

боку, він *не повинен лякати та дратувати малюка*. (Можливо прийдеться змінити їх кілька, поки не знайдеться «справжній друг»).

Тому переваги мають такі горщики:

- «музичні»;
- яскраві, привабливі для дитини;
- з теплої міцної пластмаси;
- з невеликою спинкою для зручної пози сидіння.

Горщики в домашніх умовах миються після кожного використання за допомогою щіток, квачів мильно-содовим розчином (200 г мильно-содового розчину на 10 л води).

В умовах стаціонару чи у дошкільному закладі – горщики закріплюються за конкретним пацієнтом та після кожного використання миють під проточною водою з мильно-содовим розчином, раз у день замочуються на 30 хвилин у 1 % розчині хлораміну або у 5 % лізолі, ретельно споліскують та промивають.

Антропометрія дітей першого року життя

Антропометрія обов'язково проводиться при кожному медичному огляді дитини. Медична сестра робить виміри довжини і маси тіла, обводу голови та грудної клітки дитини.

Масу тіла грудної дитини визначають зважуванням на спеціальних електронних вагах з максимально допустимим навантаженням до 10 кг та точністю вимірювання до 1г (рис. 47). Робиться це, як правило, вранці, після сечовипускання і дефекації. На лоток вагів спочатку кладуть і зважують пелюшку, а потім дитину головою на широку частину лотка. Відмічають показання ваги дитини, після чого віднімають масу пелюшки.

Довжина тіла

Це розмір дитини від ніг до голови у лежачому положенні, горизонтально. Вертикальне вимірювання стоячи називається вимірюванням зросту. Довжину тіла дітей до 2 років вимірюють лежачи спеціальним ростоміром у вигляді дошки з сантиметровою шкалою (рис. 48).



Рис. 47. Визначення маси тіла грудної дитини



Рис. 48. Вимірювання довжини тіла дитини

Голова дитини щільно прилягає до нерухокої планки ростоміра і фіксується так, щоб зовнішній кут очниці та верхній край зовнішнього слухового проходу знаходились на одному рівні. Ноги розпрямляють легким тиском на коліна. Рухому планку ростоміра щільно тиснуть до п'яток дитини. Обвід голови та грудної клітки вимірюють за допомогою сантиметрової стрічки (рис. 49).

Для визначення обводу голови стрічку накладають позаду по найбільш виступаючій точці потилиці, спереду – по надбрівних дугах.



Рис. 49. Вимірювання обводу голови

Для вимірювання обводу грудної клітки стрічку накладають позаду під нижніми кутами лопаток та спереду – по рівню сосків (рис. 50).



Рис. 50. Вимірювання обводу грудної клітки

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Антропометрія. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=GCR0zgHXGpc>
2. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=plFPqty8Lk8>

Контрольні питання до теми

1. Догляд за шкірою дитини віком до 1 року.
2. Догляд за ротовою порожниною, вухами, очима, носом, волоссям, нігтями дитини різного віку.
3. Вкажіть особливості гігієни дівчаток.
4. Як сповивати дітей грудного віку?
5. Які методи профілактики та лікування пліснявки ви знаєте.
6. Який список одягу треба підготувати для новонародженої дитини.
7. Назвіть переваги використання одноразових підгузників.
8. Перерахуйте вікові періоди для вироблення навичок охайності.
9. Профілактика попрілостей.
10. Особливості вибору горщиків.
11. Які правила визначення ваги, зросту дитини грудного віку?

Тестові завдання

1. При проведенні ранкового туалету в лікарняній палаті медична сестра підмивала 2-х річну дівчинку в напрямку від лобка до анального отвору. Якою анатомічною особливістю сечовивідних шляхів можна пояснити дії медсестри?
 - А) Сечовий канал короткий та широкий
 - Б) Слизова оболонка сечового міхура ніжна і пухка
 - В) Стінка сечоводів атонічна
 - Г) М'язові волокна сфінктерів сечоводів недорозвинені
 - Д) Еластичні волокна мисок недорозвинені
2. У якому віці необхідно розпочинати привчання здорової дитини до горщика?
 - А) У 3 міс.
 - Б) У 6 міс.
 - В) У 9 міс.
 - Г) У 12 міс.
 - Д) У 1,5 року
 - Е) У 2 роки
3. Під час медичного огляду новонародженого мати поскаржилась на почервоніння сідниць. При огляді медична сестра помітила різке почервоніння з ерозіями. Дитина постійно знаходиться в «памперсах», шкірні складки обробляються присипкою тільки після гігієнічної ванни. Про яке захворювання можна подумати?
 - А) Попрілість
 - Б) Пітниця
 - В) Піодермія
 - Г) Фізіологічна еритема
 - Д) Токсична еритема
4. Догляд за очима дитині до року проводять:
 - А) У разі необхідності
 - Б) 1 раз на день вранці
 - В) 1 раз на день перед нічним сном
 - Г) Після кожного сну
 - Д) 2 рази на день

5. Фізіологічний термін відпадання залишку пупкового канатика складає:
- А) 2-3 дні
 - Б) 4-5 діб
 - В) 5-15 діб
 - Г) 3 тижні
 - Д) 1 місяць

Рекомендована література

1. Догляд за хворими (практика) : підручник / О. М. Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко та ін.; за ред. О. М. Ковальнової, В.М. Лісового, С. І. Шевченка, Т.В. Фролової. 3-є вид., випр. Київ: Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2015. С. 273–289.
2. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій: навчальний посібник / В. С. Березенко, О. В. Тяжка, А. М. Антошкіна та ін. 3-є видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2018. С. 5–14, 16–20, 20–24.
3. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / Л. С. Савка, Л. І. Разінкова, О. І. Коцар, Л. М. Ковальчук, О. В. Кононов. 4-е видання. Київ : Видавництво «Медицина», 2018. 600 с.
4. Сестринська справа : підруч. / Н. М. Касевич, І. О. Петряшев, В. В. Сліпченко та ін.; за ред. В. І. Литвиненка. 3-є вид., випр. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2017. 816 с.
5. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2019. 392 с.
6. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів / В. Г. Майданник, В. Г. Бурлай, О. З. Гнатейко та ін.; за ред. проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид., випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 872 с.



Розділ VIII

ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ДИТИНИ (СКАРГИ, СВДОМІСТЬ, ПОЛОЖЕННЯ ТІЛА). НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДИТИНИ МОЛОДШИМ МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ ДО ПРИБУТТЯ ЛІКАРЯ (PBLIS)

Актуальність

Оцінка лікарем загального стану дитини необхідна для прийняття рішення про своєчасність надання медичної допомоги, її обсягу та послідовності. Надавати невідкладну медичну допомогу – прямий обов'язок медичного працівника будь-якого профілю задля збереження людського життя.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
PBLS	Pediatric Basic Life Support	Базові реанімаційні заходи для дітей.
СЛР	Серцево-легенева реанімація	Невідкладна медична процедура для відновлення життєдіяльності організму та виведення його зі стану клінічної смерті. Включає ШВЛ та компресії грудної клітки.
ЕМД	Екстрена медична допомога	Медична допомога, яка полягає у здійсненні невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування життя людини.

1	2	3
АЗД	Автоматична зовнішня дефібриляція	АЗД-прилад може електричним розрядом допомогти запустити серце.
	Загальний стан хворого	Показники, що характеризують функціональний стан різних органів і систем хворого.
	Симптом	Прояви специфічної чи неспецифічної ознаки хвороби, що визначаються механізмом розвитку захворювання.
	Синдром	Сукупність симптомів, об'єднаних загальним патогенезом.
	Свідомість	Здатність людини адекватно реагувати на зовнішні стимули, збереженість орієнтації в оточуючому середовищі, місці, часі та особистості.
	Огляд	Візуальний метод об'єктивного клінічного обстеження, що дозволяє оцінити загальний стан дитини та виявити ураження органів та систем.
	Пальпація	Метод клінічного обстеження за допомогою тактильного та стереометричного відчуття.
	Реанімаційні заходи	Комплекс заходів, спрямованих на відновлення різко порушених або втрачених життєво-важливих функцій організму (серцево-легеневі та церебральні функції).
	Лихоманка	Стан, при якому температура тіла піднімається до 38 градусів і вище.

Поняття про медичний огляд хворої дитини

Головне завдання *огляду хворої дитини* – виявити не причини захворювання, а синдроми, що визначають тяжкість стану хворого.

Це включає послідовність дій лікаря під час обстеження пацієнта:

- ▶ оцінка ступеня порушення життєво важливих функцій (порушення дихання та серцебиття) та необхідності проведення невідкладних заходів;
- ▶ визначення стану центральної нервової системи (рівень свідомості, наявність загально мозкової симптоматики, судомного синдрому), центральної гемодинаміки, дихання та при необхідності виконання невідкладних заходів;
- ▶ якщо стан ЦНС, центральної гемодинаміки та дихання стабільні – проведення типового обстеження хворого.

Обстеження завжди починається з *розпитування* (рис. 51). Дуже важливо бути доброзичливими, спокійними, впевненими у собі. Дітей молодшого віку бажано зацікавити іграшкою або предметами, що становлять інтерес, можна трохи пограти з малюком.



Рис. 51. Обстеження починається з розпитування

У розмові з батьками слід вислухати їх та одночасно навідними питаннями та уточненнями отримати необхідну інформацію. Вкрай небажано під час опитування робити висновки, особливо негативного плану, як щодо захворювання дитини, так і щодо заходів, які застосовувалися при попередньому лікуванні та обстеженні дитини.

Паспортна частина історії хвороби. Суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження дитини при зверненні за медичною допомогою

При зверненні хворої дитини до стаціонару медичні працівники перш за все оформляють титульний лист історії хвороби, тобто його *паспортну частину*. До неї належить фіксація: номера історії, дати та часу вступу хворої дитини до стаціонару, прізвище, ім'я та по батькові хворого, вік та дата народження, відділення, до якого поступає, ким направлений та номер електронного направлення, прізвище, ім'я та по батькові обох батьків дитини, із зазначенням місця їх роботи та посади, їх телефони та домашня адреса, діагноз хвороби, який виставлений в направленні до стаціонару.

На оборотній сторінці титульного листа історії хвороби фіксується інформація про перенесені дитиною за весь період дитячі

інфекційні хвороби та результати огляду на педикульоз та коросту в приймальному відділенні.

Паперова копія електронного направлення, а також довідки про щеплення та про наявність інфекційного оточення у навчальному закладі та на дому у хворої дитини прикріплюються до історії хвороби помічниками лікаря.

Далі лікар та його помічники проводять **опитування** батьків, дитини та обстежують пацієнта за допомогою об'єктивних методів дослідження (огляду, пальпації, перкусії та аускультатії).

До **суб'єктивних** методів дослідження маленького пацієнта відносяться ті, які базуються на аналізі інформації, що збирається безпосередньо у дитини та її батьків. До них відносяться: скарги, анамнез хвороби та анамнез життя. Останні два методи фіксуються в «історії хвороби» пацієнта не тільки зі слів опитаних, а ще й, за наявності, на базі представленої медичної документації.

При розпитуванні рекомендується дотримуватися певної послідовності. Розрізняють паспортну частину, скарги, анамнез захворювання та життя.

Скарги – це перелік суб'єктивних відчуттів хворої дитини від початку захворювання до моменту звернення за медичною допомогою, які фіксуються зі слів батьків чи супроводжуючих дорослих.

Починати обстеження хворої дитини необхідно з розпитування батьків, що дозволяє зняти переляк та напругу дитини, що часто виникає як реакція на «білий халат», та надає можливість зібрати інформацію про наявні прояви хвороби. Важливо налагодити з ними необхідний психологічний контакт.

Скарги у батьків збираються активно, тобто задаються їм конкретні питання (в режимі очікування відповіді – «так/ні»), що скорочує час для отримання необхідної для встановлення діагнозу інформації.

Головний «педіатричний закон» пов'язаний з правовими аспектами зібрання та оформлення скарг: медичний працівник може запитати дитину про суб'єктивні негативні відчуття хвороби та прийняти їх до відома, а офіційно фіксує в документації тільки ті, які вказують батьки чи супроводжуючі дорослі.

Анамнези хвороби та життя дитини включають перелік питань, пов'язаних з історією розвитку дитини та її хвороб, які збирає лікар.

Особливості об'єктивного дослідження хворої дитини та визначення її стану

Об'єктивне дослідження починають із *загального огляду* дитини, яка має бути роздягнена послідовно: при огляді верхньої частини тулуба нижня – одягнена або покрита одноразовими пелюшками, і навпаки – при огляді нижньої частини тіла, верхня – повинна бути прикрита.

Огляд зовнішніх статевих органів та ділянки промежини у дітей старше 3-х років проводиться тільки в присутності одного свідка (тобто: в приміщенні знаходяться медичний працівник, дитина та родич).

При огляді дитини її розташовують обличчям до джерела світла.

За правилами хворих дітей обстежують лише в присутності: медичної сестри, батьків або опікунів! Без свідків проводити об'єктивне обстеження маленького пацієнта юридично заборонено.

Далі застосовують наступні методи об'єктивного дослідження: пальпацію, перкусію та аускультацию. На основі виявлених змін роблять висновки у вигляді попереднього клінічного діагнозу.

Загальний огляд включає визначення таких показників:

- стан,
- свідомість,
- положення у ліжку,
- порушення ходи,
- наявність малих аномалій розвитку.

Стан хворого визначається за такими критеріями:

- наявність скарг,
- характеристика свідомості,
- варіанти положення хворого у ліжку.

Розрізняють такі стани хворого

Критерії	Задовільний стан (практично здорова дитина)	Відносно задовільний	Середньої тяжкості	Тяжкий
1	2	3	4	5
Наявність скарг	немає	наявні	наявні	наявні

1	2	3	4	5
Характеристика свідомості	ясна	ясна	ясна	порушена
Положення хворого в ліжку	активне	активне	пасивне чи вимушене	пасивне чи вимушене

Стан новонароджених дітей оцінюють у пологовій залі на 5-й та на 30-й хвилині після народження. Оцінку проводять у балах за шкалою Апгар (рис. 52):

- Стан задовільний – 8–10 балів
- Стан легкої асфіксії – 6–7 балів
- Стан тяжкої асфіксії – 4–5 балів, необхідні реанімаційні заходи
- Клінічна смерть – 3 бали і нижче.



Прізвисьце лікарки Вірджинії Алгар відоме майже кожному батькові та матері на Землі

ШКАЛА АПГАР

Показник	0 балів	1 бал	2 бали
Забарвлення шкірного покриву	Загальна блідість або загальна синюшність	Рожеве забарвлення тіла і синюшне забарвлення кінцівок	Рожевий колір всього тіла
Частота серцевих скорочень за 1 хв.	Серцебиття відсутнє	100	100
Рефлекторне збудження	Відсутнє	Реакція слабо виражена (grimаса, рух)	Реакція у вигляді рухів, кашлю, чханья, голосного крику
М'язовий тонус	Відсутнє, кінцівки звисають	Знижений, певне згинання кінцівок	Виражені активні рухи
Дихання	Відсутнє	Нерегулярне, крик слабкий, гіповентиляція	Нормальне, крик голосний

Рис. 52. Шкала Апгар

Сучасні способи вимірювання температури тіла у дітей

Більшість дітей нормально переносять підвищення температури тіла до 38,5°C. Проте іноді висока температура (38°C і вище) може супроводжуватися погіршенням загального стану дитини, відмовою від їжі, появою сонливості або підвищеної збудливості, блюванням, судомами.

Зазвичай температуру тіла у дітей вимірюють у пахвовій ямці електронним або ртутним термометром протягом 7–10 хв. Сучасні термометри діляться на такі типи: ртутні, електронні, інфрачервоні, термосмужки.

Вимірювання можна проводити: у паховій ділянці, прямій кишці, ротовій порожнині (рис. 53).



Рис. 53. Вимірювання температури тіла у дітей

Американська академія педіатрії рекомендує вимірювати температуру тіла у дітей:

- до 3 місяців ректально;
- від 3 місяців до 3 років ректально або аксиллярно;
- від 4 до 5 років – ректально, орально чи аксиллярно;
- старше 5 років – орально чи аксиллярно.

За наявності уражень шкіри (попрілості, алергійні або гнійничкові висипання) температуру вимірюють у прямій кишці або ротовій

порожнині. При цьому ртутний термометр не застосовують. У прямій кишці показання термометра будуть на 0,2–0,5 °С вищими, ніж у пахвовій ямці.

За необхідності температуру тіла вимірюють кожні 2–3 години (кратність залежить від стану дитини та перебігу хвороби і визначається лікарем). Тяжкохворим можна вимірювати температуру під час сну.

Результати термометрії заносять до *температурного листка*.

Поняття та види лихоманки у дітей

Вибір засобів допомоги залежить від реакції організму дитини на підвищення температури та характеру гарячки.

Залежно від ступеня підвищення температури тіла розрізняють її типи:

- субфебрильна – 37,1-38°C;
- фебрильна- 38,1-38,9°C,
- висока фебрильна (піретична) 39-40,5°C,
- гіперпіретична – вища 40,5°C.

Лихоманкою у дітей слід вважати підвищення температури тіла у прямій кишці:

- у віці до 3 місяців > 38,0°C;
- від 3 місяців до 2 років > 38,3°C;
- старше 2 років > 38,0°C.

У стаціонарі дітям температуру вимірюють два рази на день. Дані заносять до температурного листка.

Диференційна діагностика видів лихоманок

Симптоми	«Рожева» лихоманка	«Бліда» лихоманка
1	2	3
Загальний стан	Середнього ступеня тяжкості чи тяжкий, викликаний основним захворюванням	Дуже тяжкий, виражена інтоксикація
Скарги	Відчуття жару	Відчуття холоду, озноб

1	2	3
Тривалість підвищення температури	Поступове	Стрімке
Слизові оболонки	Рожеві	Бліді, ціанотичні
Шкірні покриви	Рожеві, теплі	Бліді, ціанотичні, холодні
Нігтьові ложа	Рожеві	Синюшні
Свідомість	Збережена, рідко порушена	Оглушення, сопор, судомна готовність, судоми
Пульс	Прискорений, напружений	Виражена тахікардія, пульс ниткоподібний
Артеріальний тиск	У межах норми	Зниження до шоккових показників
Дихання	Прискорене	Поверхнєве, часто форсоване

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Дитячий фонд ООН ЮНІСЕФ розробили стратегію «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» (ІВХДВ) для дітей віком до 5 років. У цьому регламентаційному документі подані сучасні алгоритми ведення дітей з найбільш поширеними у практиці медичних працівників первинної ланки серйозними симптомами. Фахівці первинної ланки медичної допомоги мають пам'ятати, що відповідно до стратегії ІВХДВ експерти ВООЗ не виділяють такі варіанти лихоманки, як рожева або бліда. Тому при наданні першої медичної допомоги не показані фізичні методи охолодження. Однак знання про ці види лихоманок необхідні при призначенні антиперичної терапії.

Догляд за дітьми з лихоманкою

Підвищення температури тіла на 1°C потребує додаткового введення рідини з розрахунку 10 мл на 1 кг маси тіла дитини. Її слід давати невеликими порціями у вигляді охолодженого (теплого) неміцного чаю, компоту, морсу, регідратаційних розчинів («Ре-

гідрон», «Електроліт Хумана»), враховуючи стан малюка, щоб не спровокувати блювання.

Памперс з дитини треба зняти, бо він покриває майже третину поверхні тіла, що може порушити процес тепловіддачі.

Годувати дітей з високою температурою треба відповідно до віку, їжа повинна бути рідкою і легко засвоюватися. Також слід враховувати апетит дитини та її спроможність до споживання їжі. Дитину з високою температурою у ліжку треба частіше повертати, розправляти складки на білизні, у разі необхідності – проводити гігієнічні процедури.

Фізичні методи зниження температури тіла у дітей

З появою перших ознак гіпертермічного синдрому у дітей медичний персонал повинен негайно повідомити лікаря, бо такий стан потребує невідкладної допомоги. При високій температурі тіла особливого догляду потребують: діти перших місяців життя, недоношені, з ураженнями нервової системи. Незрілість центру терморегуляції у таких дітей може спричинити появу фебрильних судом.

Виділяють такі ***фізичні методи для зниження температури тіла при «рожевій лихоманці»:***

- з дитини знімають зайвий одяг, ковдри та ін.;
- використовують обвіювання тіла дитини за допомогою вентилятора;
- проводять охолоджуючі клізми водою 18 градусів;
- на відстані 10 см від голови встановлюють міхур з льодом;
- прикладають холодні компреси на місця виходу артеріальної пульсації;
- дають більше пити прохолодної води;
- обтирають відкриті ділянки тіла прохолодною водою (22–23°C з додаванням оцту у співвідношення 1:10 (на 500 мл води – 50 мл 9 % оцту).

При «білій лихоманці» не треба надто охолоджувати дитину!

1. Використовують підвищений рівень питного режиму.
2. До дистальних ділянок рук та ніг прикладають теплі грілки, вдягають теплі шкарпетки.

3. Можливе застосування прохолодних клізм.
4. *Обов'язково, окрім жарознижуючих засобів, лікар призначає спазмолітики (но-шпа, папаверин тощо).*

Поняття про Педіатричний Ланцюг Вживання (American Heart Association, 2020)

У дорослих зупинка серця часто буває раптовою і є результатом порушень серцевої діяльності, а у дітей зупинка серця – є вторинною по відношенню до дихальної недостатності і шоку.

Виявлення дітей з цими проблемами має важливе значення для зниження ймовірності зупинки серця дитини та максимізації виживання і відновлення. Це перша ланка Педіатричного Ланцюга Вживання.

Педіатричний ланцюг виживання описує послідовність заходів порятунку життя за допомогою графічних елементів і кожна ланка окрема та пов'язана з етапами надання допомоги. На цьому заснована ланка профілактики, яка додається до Педіатричного Ланцюга Вживання (рис. 54). До Педіатричного Ланцюга Вживання, за American Heart Association, 2020 входять такі дії:

1. **Недопущення** зупинки кровообігу.
2. Рання високоякісна **реанімація присутніми під час випадку**.
3. Швидка **активація** системи ЕМД (*екстреної медичної допомоги*) або іншої системи екстреного реагування.
4. Ефективні **спеціалізовані заходи з підтримки життя**, включаючи швидку стабілізацію та транспортування до місця лікування та реабілітації).
5. Інтегроване **лікування після зупинки кровообігу**.
6. **Відновне лікування** після зупинки кровообігу.



Рис. 54. Педіатричний Ланцюг Вживання
за American Heart Association, 2020

**Базові реанімаційні заходи для дітей
відповідно до рекомендацій
American Heart Association, 2020.
Алгоритм практичної навички (PBLS)**

Базові реанімаційні заходи включають такі головні компоненти:

- **Компресії грудної клітки**
- **Прохідні дихальні шляхи**
- **Дихання**
- **Дефібриляція**

У більшості міжнародних настанов з базової підтримки життя немовлятами вважаються діти молодше 1 року (за винятком щойно новонароджених), а дітьми – від 1 року до статевого дозрівання. Ознаки статевого дозрівання включають в себе ріст волосся на грудях і у пахвах у хлопчиків і будь-який розвиток грудних залоз у дівчат. Ці визначення будуть використовуватися і нами в процесі засвоєння педіатричного алгоритму базової підтримки життя (Pediatric Basic Life Support, або PBLS).

Педіатричний алгоритм BLS для медичних працівників описує покроково дії одного рятувальника при наданні допомоги непритомному немовляті або дитині (рис. 55). Використовуйте цей алгоритм як короткий довідник.

Коли рятувальників двоє, один розпочинає серцево-легеневу реанімацію, а другий – активує систему екстреного реагування та знаходить і приносить автоматичний зовнішній дефібрилятор (АЗД) або професійний мануальний монітор-дефібрилятор, а за наявності і бар'єрні пристосування для безпечного проведення штучних вдихів (плівка-клапан, кишенькова маска або мішок з маскою).

Перший рятувальник, який прибуває на місце події, де є немовля або дитина, які можуть бути в стані зупинки кровообігу, має виконати такі послідовні кроки алгоритму:

Крок 1. Переконатися, що місце події безпечне для вас та постраждалого.

Крок 2. Перевірити реакцію дитини, поплескати її по плечах. Гукнути: «З тобою все в порядку?» Якщо постраждалий не реагує, покликати на допомогу та активувати систему реагування на надзвичайні ситуації за допомогою мобільного пристрою, якщо це доречно.

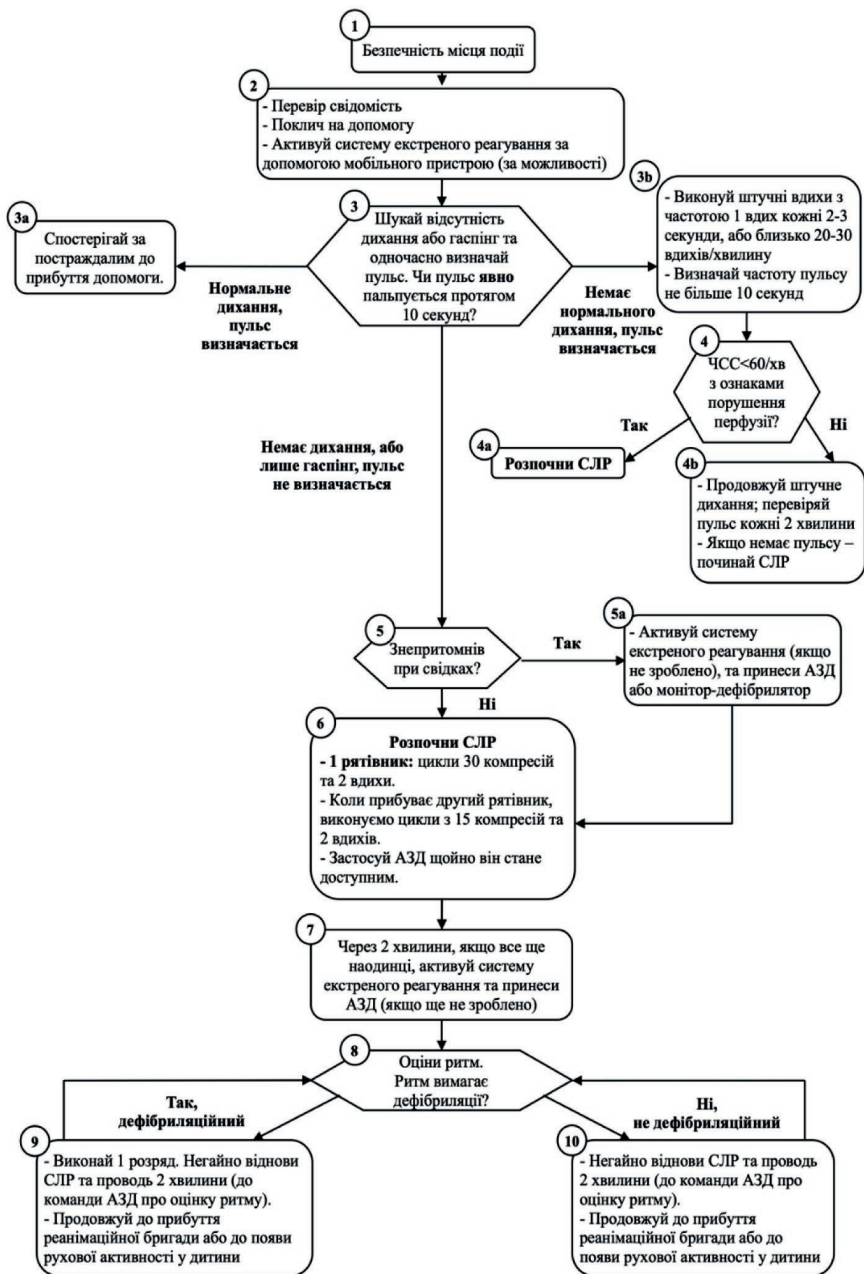


Рис. 55. Алгоритм базових реанімаційних заходів у дітей American Heart Association 2020 року.

Крок 3. Оцінити дихання та перевірити пульс протягом 10 сек. Етапи 3а та 3б. Визначити наступні дії, виходячи з того, чи є нормальне дихання і чи відчувається пульс:

Якщо потерпілий дихає нормально і відчувається пульс:

- Активуйте систему реагування на надзвичайні ситуації (якщо це ще не зроблено).
- Спостерігайте за потерпілим, доки не прибудуть рятувальні служби (наприклад швидка допомога).

Якщо потерпілий не дихає нормально, але визначається пульс:

- Забезпечте рятувальне дихання, роблячи 1 вдих кожні 2–3 секунди або 20–30 вдихів за хвилину.
- Оцініть частоту пульсу протягом 10 секунд.

Етапи 4, 4а та 4б. Частота серцевих скорочень менше 60/хв з ознаками поганої перфузії?

- Якщо так, розпочніть СЛР.
- Якщо ні, продовжуйте рятувальне дихання. Перевіряйте пульс приблизно кожні 2 хвилини. Якщо пульсу немає – розпочніть СЛР.

Крок 5 та 5а. Чи були свідки раптової втрати свідомості?

Якщо так, активуйте систему реагування на надзвичайні ситуації (якщо це ще не зроблено) та принесіть автоматичний зовнішній дефібрилятор (АЗД) або мануальний професійний монітор-дефібрилятор.

Крок 6. Якщо свідків не було: Почніть СЛР із циклів 30 компресій та 2 вдихи. Використайте АЗД, як тільки він буде доступним.

Крок 7. Приблизно через 2 хвилини (або 5 циклів СЛР 30:2), якщо ви все ще один, активуйте систему аварійного реагування і принесіть АЗД, якщо це ще не зроблено.

Крок 8. Використайте АЗД, як тільки він з'явиться. Дотримуйтесь інструкцій АЗД, щоб перевірити ритм.

Крок 9. Якщо АЗД виявляє ритм, що вимагає дефібриляції (дефібриляційний), виконайте розряд. Негайно відновіть СЛР після виконання розряду, не перевіряючи стан пацієнта. Продовжуйте СЛР доки АЗД не віддасть команду перевірки ритму, це приблизно кожні 2 хвилини. Продовжуйте СЛР з

використанням АЗД до тих пір, поки фахівці реанімаційної бригади не приймуть на себе подальшу роботу, або постраждалий не почне дихати, рухатись або іншим чином реагувати (демонструвати ознаки життя).

Крок 10. Якщо АЗД виявляє недефібриляційний ритм, відновіть і продовжуйте високоякісну СЛР до тих пір, поки не буде команди АЗД виконати перевірку ритму, це приблизно кожні 2 хвилини. Продовжуйте СЛР з використанням АЗД до тих пір, поки фахівці реанімаційної бригади не приймуть на себе подальшу роботу, або постраждалий не почне дихати, рухатись або іншим чином реагувати (демонструвати ознаки життя).

Практичні навички високоякісної серцево-легеневої реанімації дітей та немовлят. Техніка компресій грудної клітки у дітей різного віку

Оцінка дихання та пульсу

Слід оцінювати дихання та пульс одночасно не більше 10 секунд (але не менше 5), щоб за необхідності можна було швидко розпочати СЛР та визначити наступні відповідні дії.

Дихання

Щоб перевірити дихання, скануйте поглядом грудну клітку постраждалого на виявлення підйомів та спадіння не більше 10 секунд.

- Якщо постраждалий дихає нормально: спостерігайте за ним, поки не прибуде додаткова допомога.
- Якщо постраждалий не дихає або має лише гаспінг: у постраждалого зупинка дихання або (за відсутності визначального пульсу) зупинка серця. Гаспінг не є нормальним диханням, а є ознакою зупинки серця.

Пульс

Немовля: Для перевірки пульсу у немовляти пропальпуйте пульс на плечовій артерії (рис. 5б). Для визначення пульсу на плечовій артерії:

1. Помістіть 2 або 3 пальці на внутрішню частину плеча, посередині між ліктем немовляти і плечем.

2. Натисніть пальцями донизу і спробуйте відчутти пульс протягом принаймні 5, але не більше 10 секунд.



a.



b.

Рис. 56. Визначення центрального пульсу у немовляти (3a) та у дитини (3b)

Порядок дій

Щоб визначити пульс у дитини, пропальпуйте каротидний або стегновий пульс. Перевірте каротидний пульс у дитини, використовуючи ту саму техніку, що й у дорослих.

Для визначення пульсу *на сонній артерії*:

- 1). Визначте трахею, використовуючи 2 або 3 пальці.
- 2). Сковзніть цими 2 чи 3 пальцями у жолобок між трахеєю та м'язами на шії з боку від неї, де ви можете відчутти пульсацію сонної артерії.
- 3). Визначаєте пульс щонайменше 5, але не більше 10 секунд.
- 4). Якщо ви не визначаєте відчувального пульсу, розпочинайте СЛР, почавши із компресій грудної клітки (послідовність С-А-В).

Для визначення пульсу *на стегновій артерії*:

- 1). **Помістіть 2 або 3 пальці у внутрішню частину стегна, посередині між стегновою та лобковою кістками і трохи нижче пахової складки.**
- 2). Визначаєте пульс не більше 10 секунд.
- 3). Якщо ви точно не відчуєте пульс протягом 10 секунд, розпочніть якісну СЛР, починаючи із компресій грудної клітки.

Ознаки поганої перфузії

Перфузія – це надходження насиченої киснем крові від серця по артеріях до тканин організму. Щоб виявити ознаки поганої перфузії, оцініть наступне:

- Температура: прохолодні кінцівки.
- Змінений психічний стан: стійке зниження свідомості / реактивності.
- Пульс: слабкий.
- Шкіра: блідість, плямистість (плямистий вигляд), а згодом і ціаноз (сині губи або шкіра). Виконуйте якісні компресії грудної клітки.

Якісні компресії грудної клітки є основою СЛР. Виконуйте стиснення як описано тут, щоб дати немовляті або дитині з ознаками зупинки серця, найкращі шанси на виживання.

Співвідношення компресій до вентиляції

Співвідношення компресій до вентиляції для одного рятувальника однаковий у дорослих, дітей та немовлят і складає 30:2, для 2 рятувальників – 15:2.

Частота компресій

Частота компресій у всіх постраждалих при зупинці кровообігу складає від 100 до 120/хв.

Глибина компресій

У немовляти стискайте принаймні на одну третину передньо-заднього (ПЗ) розміру грудної клітки (приблизно 4 см), у дитини – на одну третину (приблизно 5 см) при кожній компресії.

Повернення грудної стінки до вихідного положення після кожної компресії

Під час СЛР повернення грудної клітки до вихідного положення (повторне розширення грудної клітки) дозволяє крові наповнити серце. Неповне повернення грудної клітки до вихідного положення зменшує наповнення серця між компресіями і зменшує кровотік, який створюється при компресіях грудної клітки. Щоб забезпечити повне повернення, уникайте натиску на грудну клітку між

компресіями. Компресія грудної клітки та час повернення грудної клітки повинні бути приблизно однаковими.

Переривання компресій грудної клітки

Мінімізуйте перерви в компресіях грудної клітки. Коротша тривалість пауз в компресіях грудної клітки (менше 10 сек) пов'язана з кращими результатами реанімаційних заходів.

Техніка компресій грудної клітки

Для компресій грудної клітки у дитини використовуйте 1 або 2 руки. Для більшості дітей техніка компресії така ж, як і для дорослого: 2 руки (основа однієї долоні на грудях і основа іншої руки зверху на першій).

Для маленької дитини компресії однією рукою можуть бути достатніми для досягнення бажаної глибини натискань. Незалежно від того, використовуєте ви одну або обидві руки, стискайте принаймні одну третину передньо-заднього розміру грудної клітки (приблизно 5 см) при кожному натисканні. Для немовлят один рятувальник може використовувати як натискання 2 пальцями однієї руки, так і техніку охоплення з натисканням 2 великими пальцями (рис. 57). Якщо присутні кілька рятувальників, краще використовувати техніку охоплення руками з натисканням великими пальцями. Якщо ви не можете своїми пальцями натискати на необхідну глибину, ви можете використовувати основу долоні однієї руки.

Немовля: техніка виконання компресій 2 пальцями

Виконайте наступні кроки, щоб зробити компресію грудної клітки немовляти, використовуючи техніку 2 пальців:

1. Покладіть немовля горілиць на рівну тверду поверхню.
2. Помістіть 2 пальці в центрі грудей немовляти, трохи нижче лінії сосків, на нижній половині грудної клітки. Не натискайте на мечоподібний відросток.
3. Виконуйте компресії зі швидкістю 100–120/хв.
4. Натискайте принаймні на глибину однієї третини передньо-заднього розміру грудної клітки (приблизно 4 см).

5. В кінці кожного стискання переконайтеся, що ви дозволяєте грудній клітці повністю повернутися у вихідне положення; не спирайтеся на груди дитини. Компресія грудної клітки та час повернення грудної клітки у вихідне положення повинні бути приблизно рівними. Мінімізуйте перерви в компресіях (наприклад, для вдиху) до менш ніж 10 секунд.
6. Після кожних 30 компресій відкривайте дихальні шляхи підніманням нижньої щелепи і виконуйте 2 вдихи, кожен протягом 1 секунди. Грудна клітка повинна підніматися з кожним вдихом.
7. Приблизно через 5 циклів або 2 хв СЛР, якщо ви один і ніхто не активував систему екстреного реагування, залиште немовля (або несіть з собою), активуйте систему реагування на надзвичайні ситуації та візьміть АЗД.
8. Продовжуйте компресії та вдихи у співвідношенні 30 компресій до 2 вдихів. Використайте АЗД, як тільки він з'явиться. Продовжуйте СЛР з використанням АЗД до тих пір, поки фахівці реанімаційної бригади не приймуть на себе подальшу роботу, або постраждалий не почне дихати, рухатись або іншим чином реагувати (демонструвати ознаки життя).



Рис. 57. Компресії грудної клітки немовляті (1 рятувальник).

Немовля: 2 великі пальці – техніка охоплення

Техніка охоплення руками і компресій двома великими пальцями є найкращою, коли СЛР виконують 2 і більше рятувальників, її може використовувати також 1 рятувальник (рис.58). Ця техніка:

- покращує кровопостачання серцевого м'яза;

- допомагає забезпечити стабільну глибину та силу компресій грудної клітки;
- може збільшувати кров'яний тиск.

Виконують цю техніку таким чином:

1. Покладіть немовля горлиць на рівну тверду поверхню.
2. Покладіть обидва великі пальці у центр грудей немовляти, в нижній половині грудини. Великі пальці можуть накладатися один на одного у дуже маленьких немовлят. Пальцями обох рук охопіть грудну клітку немовляти і підтримуйте спину.
3. Натискайте великими пальцями на одну третину передньо-заднього розміру грудної клітки (приблизно 4 см) зі швидкістю від 100 до 120/хв. 4. Після кожного натискання дайте грудній клітці повністю повернутися у вихідне положення.
5. Після кожних 15 натискань (30 натискань, коли реаніматор один) зробіть паузу, щоб другий рятувальник відкрив дихальні шляхи, піднімаючи щелепу і виконав 2 вдихи, кожен протягом 1 секунди. Грудна клітка повинна підніматися з кожним вдихом. Мінімізуйте перерви в компресіях (наприклад, для вдихів, зміни рятувальників тощо) до 10 секунд і менше.
6. Продовжуйте натискання та вдихи у співвідношенні 15 натискань до 2 вдихів у виконанні 2 рятувальників (або 30:2 коли рятувальник один). Рятувальники, якщо їх двоє, повинні мінятися ролями через кожні 2 хвилини для уникнення втоми і ефективності компресій.

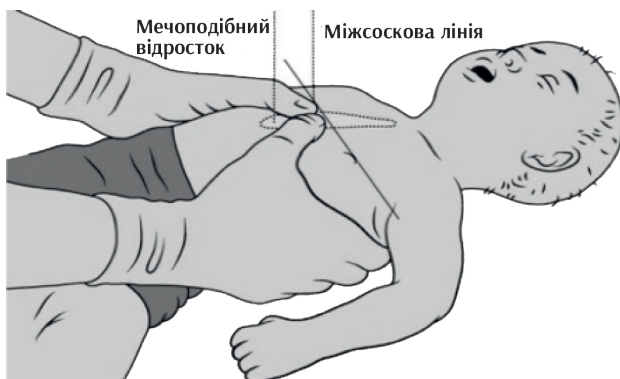


Рис. 58. Компресії грудної клітки немовляти методом охоплення

Продовжуйте СЛР (з використанням АЗД за можливості) до тих пір, поки фахівці реанімаційної бригади не приймуть на себе подальшу роботу, або немовля не почне дихати, рухатись або іншим чином реагувати (демонструвати ознаки життя).

Додатковою альтернативою компресіям у немовляти чи дитини є використання основи однієї руки. Цей прийом може бути корисним для немовлят старшого віку або якщо рятувальник має труднощі при виконанні компресій пальцями на відповідну глибину.

Компресії грудної клітки у дітей старшого віку

- Основу долоні розміщують на нижній половині грудини. Пальці підняті так, щоб натискання на грудну клітку здійснювати лише основою долоні (рис. 59).
- Плечі знаходяться над грудною кліткою дитини, рука пряма.
- Вагу власного тіла використовують для прогинання дитячої грудини на третину передньо- заднього розміру у перпендикулярному до поверхні грудини напрямку.
- Після припинення натискання на грудну клітку слід дати їй повністю повернутися до вихідного положення, але долоню не приймають з грудної клітки дитини.
- Після 30 або 15 натискань роблять два штучних вдихи.



Рис. 59. Компресії грудної клітки у дитини старшого віку

Важливо: глибина компресій у немовлят та дітей відмінна від дорослих та підлітків.

- Немовлята: принаймні одна третина передньо-заднього розміру грудної клітки або приблизно 4 см.
- Діти: принаймні одна третина передньо-заднього розміру грудної клітки або приблизно 5 см.
- Дорослі та підлітки: не менше 5 см, але не більше 6 см.

**Практичні навички високоякісної серцево-легеневої реанімації дітей та немовлят.
Техніка виконання штучних вдихів
у дітей різного віку**

Для дитини, яка не має ознак нормального дихання (або має апное/гаспінг) *при збереженні нормального пульсу проводиться штучна вентиляція з частотою 20–30/хв, або 1 вдих кожні 2–3 секунди, в залежності від клінічних особливостей та віку.* Нагадуємо, що дитиною вважається особа до появи вторинних статевих ознак.

Вдихи важливі для немовлят та дітей при зупинці серця. Коли зупинка серця відбувається раптово, вміст кисню в крові, як правило, достатній для задоволення потреби організму в кисні протягом перших кількох хвилин після зупинки кровообігу. Таким чином, при раптовій зупинці серця лише компресії грудної клітки можуть бути ефективним способом розподілу кисню до серця та мозку. Однак зупинка серця у немовлят та дітей може бути не раптовою і часто спричинена дихальними розладами. У немовлят та дітей, у яких розвивається зупинка серця, часто має місце дихальна недостатність або шок, що зменшує вміст кисню в крові ще до зупинки серцевої діяльності. В результаті для більшості немовлят та дітей, що перебувають у стані зупинки кровообігу, лише компресії грудної клітки самі по собі не доставляють оксигеновану кров до серця та мозку настільки ефективно, як при виконанні компресій та вдихів. Таким чином, життєво важливо немовлятам та дітям отримувати як компресії, так і вдихи під час високоякісної СЛР.

Відкриття дихальних шляхів

Для ефективного вдиху дихальні шляхи повинні бути відкритими. Є два методи відкриття дихальних шляхів – відхилення голови – підняття підборіддя та висування нижньої щелепи. Для виконання

висунення нижньої щелепи та виконання вдихів за допомогою мішка (Амбу) та маски потрібні два рятувальники. Використовуйте висунення нижньої щелепи лише якщо підозрюєте ушкодження голови або шиї, оскільки це може зменшувати рухливість у шийному відділі хребта. Перейдіть до розгинання голови – підняття підборіддя, якщо висунення нижньої щелепи не призводить до відкриття дихальних шляхів.

Щоб виконати розгинання голови – підняття щелепи (рис. 60) треба:

1. Покласти одну долоню на лоб постраждалого та натискати нею до розгинання голови.
2. Помістити пальці іншої руки під кісткову частину нижньої щелепи нижче підборіддя.
3. Підняти щелепу догори, одночасно розгинаючи голову.

Чого слід уникати при розгинанні голови – підніманні щелепи:

- Не натискайте глибоко на м'які тканини нижче підборіддя, оскільки це може блокувати дихальні шляхи.
- Не використовуйте великий палець для підняття підборіддя.
- Не закривайте повністю рот постраждалого.



Рис. 60. Забезпечення прохідності дихальних шляхів у немовляти методом розгинання голови – підняття підборіддя (голова в нейтральному положенні)

Важливо! Утримуйте голову немовляти в нейтральному положенні.

Якщо надміру відхилити (перерозігнути) голову немовляти за межі нейтрального положення (або положення принохування), його дихальні шляхи можуть заблокуватися.

Підтримуйте максимально відкриті дихальні шляхи, розташувачи голову і шию немовляти в нейтральному положенні, щоб зов-

нішній слуховий прохід знаходився на рівні верхньої частини плеча немовляти.

Штучні вдихи дитині першого року життя (немовляті)

- Забезпечити нейтральне положення голови (оскільки голова немовляти зазвичай зігнута у положенні лежачи на спині і це потребує деякого розгинання) та підняти нижню щелепу.
- Зробити вдих та накрити рота і носа дитини своїм ротом, забезпечуючи також щільне прилягання. Якщо ніс та рот не можуть бути покриті у старших немовлят, рятівник може спробувати охопити лише дитячий ніс чи рот своїм ротом (якщо вибираємо ніс, закриваємо губи для запобігання витіканню повітря).
- Видихати до рота і носа дитини близько 1 секунди, що достатньо для видимого підйому грудної стінки.
- Утримуючи положення голови та підняту щелепу відірвати вуста від постраждалого і спостерігати за опущенням грудної стінки при виході повітря назовні.
- Зробити наступний вдих та повторити цю послідовність.

Штучні вдихи дитині, старше 1 року

- Забезпечити розгинання голови та піднімання щелепи.
- Затиснути ніздрі дитини великим та вказівним пальцями руки, що знаходиться на лобі дитини.
- Рот може бути відкритим, але підтримувати підборіддя трохи піднятим.
- Зробити вдих та розташувати губи навколо рота дитини, забезпечуючи щільне прилягання (рис. 61). Видихати до рота дитини близько 1 секунди, спостерігаючи за підйомом грудної клітки.
- Утримуючи голову розігнутою та щелепу піднятою, відірвати вуста від дитини і спостерігати за опущенням грудної клітки при виході повітря назовні.
- Зробити наступний вдих та повторити цю послідовність.
- Спостерігаючи за підніманням та опусканням грудної стінки відповідно рухам, що спричинені нормальним диханням, визначати ефективність.



Рис. 61. Штучні вдихи дитині старшого віку з використанням плівки-клапана

Надання допомоги двома рятувальниками

Другий рятувальник повинен активувати систему екстреного реагування та принести АЗД. Перший рятувальник повинен залишатися з постраждалим і розпочинати СЛР негайно, починаючи з компресій грудної клітки. Потім обидва рятувальники повинні застосувати АЗД. Далі вони будуть виконувати компресії та вдихи, міняючись ролями через кожні 5 циклів СЛР.

Після прибуття інших рятувальників вони можуть допомагати з вентиляцією мішком і маскою, застосуванням АЗД або дефібрилятора та реанімаційного комплекту.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. СЛР грудним дітям. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=5te1ksaXCxw>
2. СЛР дитині від 3-х років. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=bRjcFDvpU7c>
3. СЛР у підлітків. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=Zvg4-uQCTfY>

Контрольні питання до теми

1. В якій послідовності проводять огляд дитини? Способи налагодження контактів з дитиною при проведенні медичного огляду.
2. Що таке загальний стан хворого?
3. У чому різниця між симптомом та синдромом?
4. Яких правових аспектів необхідно дотримуватись при обстеженні дітей?
5. Яких дій /висловлювань небажано робити під час опитування хворої дитини?
6. В чому різниця між об'єктивними методами обстеження хворого?
7. Назвіть суб'єктивні методи обстеження.
8. В чому відмінності між різними станами хворого?
9. В чому різниця між різними типами порушення свідомості?
10. В чому різниця між різними варіантами положення хворого?
11. Вкажіть послідовність дій при виконанні невідкладної долікарської допомоги постраждалому.
12. Які типи лихоманки існують?
13. Які особливості вимірювання температури у дитячому віці?
14. В чому різниця між «білою» та «червоною» лихоманкою?
15. Які існують фізичні методи зниження гарячки?

Тестові завдання

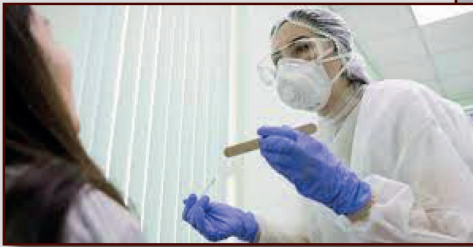
1. Здоровий новонароджений за шкалою Апгар оцінюється у:
 - А) 3-4 бали
 - Б) 5-6 балів
 - В) 8-10 балів
 - Г) 11-12 балів
 - Д) 1-3 бали
2. Для оцінки свідомості потерпілого необхідно:
 - А) Обережно струсити його за плечі

- Б) Поплескати його по щоках
В) Піднести до носа потерпілого ватку з нашатирним спиртом
Г) Натиснути на больові точки
Д) Перевірити рефлекси
3. Фебрильна температура тіла (у градусах С):
А) 39–40
Б) 38,1–39
В) 37,1–38
Г) 36–37
4. У дитини 3-х років виникла зупинка дихання. З якою частотою (кількість вдихів за хвилину) необхідно проводити штучне дихання?
А) 60–80
Б) 80–100
В) 100–120
Г) 10–15
Д) 20–30.
5. На яку глибину необхідно здійснювати натискування грудної клітки при проведенні непрямого масажу серця дитині 2 років?
А) На 1–2 см
Б) До 1 см
В) На 3–4 см
Г) На 4–5 см
Д) На 5–6 см

Рекомендована література

1. Медсестринство в педіатрії: підручник / В. С. Тарасюк, Г. Г. Титаренко, І. В. Паламар та ін. 2-е видання. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2021. 336 с.
2. Екстрена та невідкладна медична допомога : у VI т. Т. IV Клінічні маршрути (протоколи) пацієнта під час надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / Крилюк В. О. та ін. Київ : Ожива, 2020. 300 с.
3. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів / В. Г. Майданник, В. Г. Бурлай, О. З. Гнатейко та ін.; за ред. проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид., випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 872 с.

4. Домедична допомога. Серцево-легенева реанімація (алгоритми, маніпуляції) : Методичний посібник / В. О. Крилюк, В. Ю. Кузьмін, І. В. Кузьмінський та ін. Київ : 2017. 73 с.
5. Марушко Ю. В. Лихорадка у дітей: антипиретическая терапия. URL : <https://health-ua.com/article/5405-lihoradka-u-detej-antipireticheska-ya-terapiya>
6. Оцінювання стану новонародженого за Шкалою Апгар. URL : <https://d-l.com.ua/ua/archive/2016/3%2848%29/pages-52-55/ocinyuvannya-stanu-novonarodzenih-za-shkaloyu-apgar>
7. Нагорная Н. В. Симпозиум «Коми у дітей» // Здоровье ребенка. 2011. Шкала коми Глазго. URL : <https://urgent.com.ua/ru-issue-article-14>
8. Кривопустов С. П. Лихорадка у дітей // Дитячий лікар. 2010. № 4(6). С. 10–15.
9. Лихоманка у дітей. Клінічна настанова, заснована на доказах. URL : <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2019/01/16-1.pdf>
10. Topjian, Alexis A., et al. «Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care». Circulation, вип. 142, вип. 16_suppl_2, Жовтень 2020. URL : <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000901>.
11. BLS Provider Manual eBook, International English. (2020). American Heart Association. URL : <https://www.worldpoint.com/bls-provider-manual-ebook>
12. Екстрена медична допомога (вибрані аспекти): навч. посіб. / В.К. Городецький, А. А.Гудима, О. Е. Доморацький та ін. Донецьк : Лондон-XXI, 2014. 320 с.



Розділ IX

УЧАСТЬ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У ПІДГОТОВЦІ ДІТЕЙ ДО ПРОВЕДЕННЯ ТА ЗБОРУ БІОЛОГІЧНОГО МАТЕРІАЛУ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Актуальність

Дослідження біологічних рідин дозволяє своєчасно діагностувати порушення, що відбуваються в організмі. Запорукою точних результатів аналізу є правильна підготовка матеріалу для дослідження. Медперсонал зобов'язаний пояснити пацієнту правила збору матеріалу для аналізів.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
ЗАК	Аналіз крові загальний	Це аналіз, який досліджує стан організму за показниками крові.
	Аналіз крові на цукор	Аналіз, який характеризує рівень глюкози в організмі.
ЗАС	Аналіз сечі загальний	Це аналіз, який досліджує стан видільної системи організму за показниками сечі.
	Аналіз сечі за Нечипоренком	Аналіз, який дозволяє виявити запальні процеси у сечовидільній системі.

1	2	3
	Аналіз сечі за Зимницьким	Аналіз, який дозволяє виявити порушення функції нирок.
	Копрограма	Аналіз, який дозволяє виявити порушення травної системи організму.
	Ентеробіоз	Контактна глистяна інвазія, що спричиняється гостриками з переважною локалізацією паразита у кишківнику.
	Клізма	Процедура полягає у введенні води (або інших рідин), а також розчинів препаратів у пряму кишку з лікувальною або діагностичною метою.
УЗД	Ультразвукове дослідження	Метод, що розпізнає будову, взаємне розташування та функціонування внутрішніх органів та систем, за допомогою ефекту ультразвукової хвилі.
	Рентгенологічне дослідження	Метод діагностики, який проводиться шляхом проектування рентгенівських променів на папір або плівку та дозволяє оцінити анатомічну структуру внутрішніх органів.
	Ендоскопічне дослідження	Методи діагностики, які дозволяють зробити огляд внутрішніх органів за допомогою спеціальних приладів – ендоскопів.

Особливості підготовки та правила проведення лабораторних аналізів крові у дітей

У дитячому стаціонарі маленькі пацієнти проходять ретельне обстеження із застосуванням різних методів лабораторної та інструментальної діагностики.

Підготовку до цих методів та збір біологічного матеріалу проводять санітарки та медичні сестри відділень. Треба враховувати, що під впливом різних факторів показники організму можуть змінюватись. Щоб аналізи вірно відобразили зміни в організмі дитини необхідно адекватно підготувати дитину до обстеження та правильно зібрати матеріал на аналіз.

Основні фактори, що можуть вплинути на результат дослідження крові:

- ▶ Ліки: вплив від них може бути різним і не завжди передбачуваним.
- ▶ Прийом їжі: можливий прямий вплив (за рахунок всмоктування компонентів їжі) і непрямий (зрушення рівня гормонів та зміна мутності проби).
- ▶ Паління (актуально для підлітків): змінює секрецію деяких біологічно активних речовин.
- ▶ Алкоголь (актуально для підлітків): впливає на більшість метаболічних процесів.
- ▶ Фізичні та емоційні перевантаження: викликають біохімічні та гормональні зміни.
- ▶ Фаза менструального циклу у дівчат: має значення для ряду гормональних досліджень. Перед дослідженням слід уточнити в лікаря оптимальні дні для взяття проби для визначення рівня фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), пролактину, прогестерону, естрадіолу.
- ▶ Інструментальні обстеження, фізіопроцедури: можуть викликати тимчасову зміну деяких лабораторних параметрів.
- ▶ Час доби при взятті крові: багато лабораторних параметрів (особливо гормонів) можуть коливатися відповідно до добових ритмів активності людини більшою чи меншою мірою. Тому референсні значення «норми» зазвичай відображають дані, отримані при взятті крові у ранковий час за стандартних умов.

Підготовка пацієнта до аналізу крові

Щоб виключити фактори, які можуть вплинути на результати дослідження, при підготовці до здачі загального аналізу крові, крові на цукор, біохімічних аналізів слід дотримуватись таких правил:

- Здавати кров уранці натщесерце після нічного 12-годинного голодування, воду можна пити у звичайному режимі. У виняткових випадках, за годину до забору матеріалу, допускається легкий сніданок без вживання цукру, яблук і молока.

- Утримуватись від фізичних навантажень, прийому ліків (за можливістю), змін у звичайному раціоні харчування (не вживати жирної, вуглеводної, чи білкової їжі, гострих та копчених страв).
- Лягти спати в звичний час і піднятися не пізніше ніж за 1 годину до взяття крові.
- Якщо прийом ліків відмінити неможливо, необхідно повідомити про це лікаря або лабораторію.
- Безпосередньо перед взяттям крові необхідно відпочити 10-15 хвилин, а також виключити фізичне навантаження (біг, підйом по сходах) та емоційне збудження.
- Небажано здавати кров одразу після фізіотерапевтичних та інших медичних процедур, рентгенологічного обстеження.
- Дітей до 5 років перед здачею крові слід напоїти кип'яченою водою (порціями до 200 мл, протягом 30 хв).
- Для грудних дітей перед здачею крові слід витримати максимально можливу паузу між годуванням.
- При необхідності повторних досліджень для контролю лабораторних показників у динаміці їх рекомендується проводити в однакових умовах: в тій самій лабораторії, в той самий час доби і т.п.
- Мінімальні вимоги: тести на інфекції, екстрені дослідження бажано проводити натщесерце (4–6 годин).

Проведення загально-клінічного аналізу крові (ЗАК):

ЗАК – беруть із пальця, без будь-якої підготовки: ЗАК перевіряють навіть при екстреній госпіталізації. Але для отримання об'єктивних даних краще все ж таки не годувати дітей перед забором крові, бо це може спотворити деякі показники. Також важливо заспокоїти дитину перед процедурою, адже стрес теж певною мірою впливає на характеристики крові.

ЗАК визначає склад і концентрацію клітинних елементів крові – еритроцитів, лейкоцитів, показників лейкоцитарної формули, тромбоцитів, підрахунок ряду індексів. Норми загального аналізу у дітей залежать від віку, бо зростання дитини і зміни, що відбуваються в цей час в організмі, впливають на склад крові, який в результаті змінюється.

З профілактичною метою дітям призначають так звану «Трійчатку» – ЗАК, що показує тільки рівень гемоглобіну, швидкість осідання еритроцитів і кількість лейкоцитів. Аналіз дає загальне уявлення про стан дитини. Для отримання більш інформативних результатів призначають розгорнутий аналіз (див. додаток 14), що включає підрахунок усіх формених елементів і ряд інших додаткових показників. Результати дослідження можна отримати вже через 6–24 години.

Аналіз крові для визначення глюкози здається натще і у спокійному стані. Останній прийом їжі – за 8–12 год до здачі аналізу, можна пити тільки воду. Не можна чистити зуби пастою, жувати гумку та вживати алкоголь.

Біохімічні дослідження крові

За допомогою цього лабораторного дослідження виявляються відхилення у функціонуванні майже всіх органів і систем дитячого організму (див. додаток 15). Кров для біохімічного аналізу здається натщесерце з 8.15 до 10.30

Бажано підібрати дитині одяг, який полегшує доступ до ліктьового згину.

Забір зразка крові для аналізу проводиться з вени.

Для виключення факторів, які впливають на результати дослідження, треба дотримуватись таких правил:

- максимально зменшити фізичні та психічні навантаження;
- не змінювати протягом 24 годин особливостей харчування (навантаження жирною та білковою їжею), не вживати алкогольні напої (підлітки), не пити каву, солодкий чай, соки, не жувати гумку, не смоктати льодяники, виключити паління;
- лягати спати у звичний час і вставати за годину до взяття крові;
- по можливості не приймати ліки, або (якщо це неможливо) повідомити про це лабораторію (на аналізі буде відповідний запис);
- теплові процедури (лазня/сауна) перед процедурою заборонені;
- за 3 дні до аналізу не вживати в їжу жирні, гострі та смажені блюда;
- відмінити заняття спортом за 3 дні до дослідження;

- необхідна психологічна підготовка дитини до майбутнього аналізу, бажано представити цю процедуру як короточасне і безболісне явище;
- якщо дитина рознервувалася перед аналізом, потрібно трохи почекати, дати їй перевести дух і заспокоїтися;
- зуби перед аналізом чистити не можна, інакше можуть бути виявлені відхилення в рівні глюкози.

Зовсім не обов'язково виявляти всі показники разом. Лікар призначає лише необхідні.

- **печінкові проби** – загальний білок, загальний білірубін, прямий білірубін, непрямий білірубін, АСТ, АЛТ, лужна фосфатаза;
- **ниркові проби** – загальний білок, креатинін, сечовина, калій;
- **захворювання серця** – загальний білок, АСТ, АЛТ, калій, натрій, хлор, магній, загальний холестерин, холестерин ЛПВЩ, холестерин ЛПНЩ, холестерин ЛПДНЩ, тригліцериди, коефіцієнт атерогенності;
- **ліпідограма** (стан судинної стінки) – загальний холестерин, холестерин ЛПВЩ, холестерин ЛПНЩ, холестерин ЛПДНЩ, тригліцериди, коефіцієнт атерогенності;
- **стан мінерального обміну** (електроліти) – калій, натрій, хлор, магній, кальцій, фосфор;
- **стан вуглеводного обміну** – глюкоза;
- **діагностика остеопорозу** – кальцій, фосфор.

В екстрених випадках кров на аналіз береться без підготовки. Але в цьому випадку через 1-2 дні проводиться повторний аналіз, який допомагає скоригувати призначене лікування. Результати дослідження можна дізнатися вже через добу.

Підготовка до проведення аналізів сечі та правила її забору

Загальний аналіз сечі (ЗАС) відноситься до обов'язкових досліджень при оцінці фізіологічного стану дитини, цей метод не тільки швидкий і безболісний, а ще й надійний. Його проводять з метою

оцінки загального стану функціонування нирок та всієї сечовивідної системи.

Для цього треба уранці підмити дитину з милом та зібрати у стерильний одноразовий контейнер всю порцію сечі після нічного сну, бо у ній знаходяться патологічні елементи, що накопичились у нирках і сечовивідних шляхах за ніч. Щільно закрити контейнер кришкою та доставити у лабораторію не пізніше 90 хв з моменту взяття аналізу. Попереднє сечовипускання бажано, щоб відбулося не пізніше, ніж у 2 години ночі.

Посуд (контейнер) має бути промаркований (прізвище, ім'я, по батькові, назва дослідження, дата забору матеріалу).

Напередодні здачі аналізу сечі необхідно утриматись від фізичних навантажень, прийому алкоголю (підлітки), лягти спати у звичний час.

Забороняється зберігати сечу для аналізу в холодильнику.

Як зібрати сечу для загального аналізу у дітей різного віку:

Для новонароджених та дітей раннього віку:

- 1) Придбати спеціальний стерильний контейнер або сечоприймачі для збору сечі у найменших діток. Такий сечоприймач зроблений у вигляді пакетика, який необхідно прикріпити до зовнішніх статевих органів дитини за допомогою спеціального липкого кріплення (воно гіпоалергенне і не подразнюватиме ніжну шкіру дитини) (рис. 62).
- 2) Перед забором сечі дитину слід підмити з дитячим милом.
- 3) Після підмивання промокнути сідниці малюка чистим рушником і наліпити сечоприймач, який не повинен бути довго на тілі дитини.

Для дітей більш старшого віку необхідно:

- 1) перед сном і забором сечі на аналіз дитину ретельно підмити;
- 2) для аналізу необхідно збирати ранкову сечу, тому дуже важливо вранці не прогавити, коли малюк прокидається;
- 3) як тільки він відкриє очі, треба швидко зняти з нього одяг і памперс та у ванні зібрати сечу в стерильний контейнер;
- 4) переливати сечу з однієї ємкості в іншу не можна. Це може збільшувати мікробне забруднення зразка сечі.

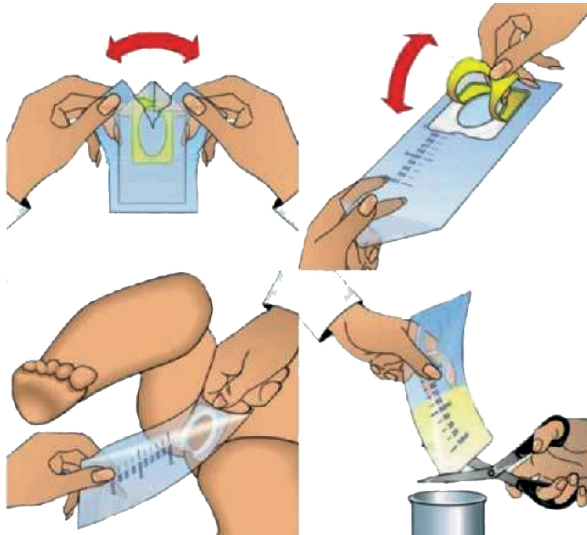


Рис. 62. Збір сечі у дитини до року за допомогою стерильного сечоприймача

Якщо не виходить зібрати сечу, тоді включають воду, її дзюрчання може викликати у дитини рефлекс до сечовипускання. Дітям до 2 років лікар чи медсестра може взяти сечу катетером.

У загальному аналізі сечі досліджуються органолептичні, фізико-хімічні, біохімічні, мікробіологічні властивості та мікроскопія осаду (див. додаток 16).

Існують дуже зручні експрес-тести, які дозволяють швидко встановити наявність відхилень деяких параметрів. Такі тести ефективно застосовуються в домашніх умовах та, як допоміжні, для спостереження в динаміці – в стаціонарі. За їх допомогою оцінюють наступні показники:

Дослідження тест-смужками			
1	2	3	4
pH		Нейтральна 5,0-7,0	Прилад pH метр із тест-смужками.
Відносна щільність	Г/л	Залежить від віку	Рефрактометрія, тестові смужки, гідрометрія.
Білок	Г/л Мг/л Мг/дл	Відсутній	

1	2	3	4
Глюкоза	ммоль/л		
Кетонів сполуки	мкмоль/л		
Білірубін	мкмоль/л		
Лейко- цитарна естераза	Кількість, яка позначається (+)	Гідролітичний фермент, який розчиняє оболонки патогенної клітини і призводить до її загибелі.	
Нітрити	Кількість, яка позначається (+)	Відсутні	

Проведення аналізу сечі за Нечипоренком: після ретельного туалету статевих органів беруть середню порцію ранкової сечі. Дитина повинна почати мочитися в унітаз, далі необхідно зібрати середню порцію в стерильний контейнер (приблизно 50 мл), закінчує сечовипускання теж в унітаз. Ємкість повинна бути підписана: ПІБ, назва аналізу, дата).

Мета аналізу – виявити запальний процес у сечовивідній системі та визначити кількість формених елементів крові (лейкоцитів, еритроцитів) і циліндрів (згустків білка чи клітинних елементів) в розрахунку на 1мл чи на 1 л сечі.

Проведення аналізу добової сечі для визначення глюкози: сечу збирають протягом однієї доби. Потім вимірюють кількість зібраної сечі в мілілітрах або літрах. Ретельно перемішують всю добову сечу і відливають 100 мл в окремий посуд, який маркують та вказують добову кількість сечі і доставляють в лабораторію.

Проведення аналізу сечі за Зимницьким. Метою дослідження є виявлення порушення здатності нирок виводити з організму кінцеві продукти азотистого обміну (концентрувати сечу) та екскреторної функції сечі.

Для правильного проведення проби Зимницького необхідно відмовитись від надмірного споживання рідини, однак хворий залишається в звичайних умовах, приймає звичайну їжу.

- Для дослідження готують 8 контейнерів для збору сечі, на етикетках зазначають ПІБ, вік, назву аналізу, номер порції та години збору сечі, дату проведення.
- Перед початком процедури о 6-й ранку пацієнту треба випорожнити сечовий міхур.
- Збирають сечу з 9-ї ранку через кожні три години: 12, 15, 18, 21, 24, 3-я година ночі та о 6-й годині ранку наступного дня. Усього 8 порцій. Вночі дитину потрібно будити. Пропускати ці порції не можна, оскільки результат аналізу буде хибним.
- Протягом збору контейнери з сечею знаходяться в прохолодному місці (на кафельній підлозі туалету) за температури не нижче 0.
- Якщо об'єм основної ємності недостатній, необхідно взяти додатковий посуд і на цій додатковій ємності вказується відповідний часовий проміжок.
- Якщо за 3-х годинний проміжок сечі не було, то відповідна ємність залишається порожньою, але доставляється до лабораторії.

Принцип проби полягає у визначенні кількості сечі та відносної щільності в окремих порціях. Лікар оцінює: денний і нічний діурез (складаючи відповідно кількість сечі перших та останніх 4 порцій); максимальні та мінімальні показники відносної щільності сечі впродовж доби (див. додаток 17).

Проведення забору калу для копрограми у дітей

Якщо у дитини виникли скарги на працездатність шлунково-кишкового тракту (ШКТ), лікар призначає дослідження калу. Розібратися зі складом калу, дізнатися, як перетравлюється їжа, допомагає аналіз – копрограма.

Метою проведення копрограми – є оцінка функціонального стану майже всіх органів ШКТ. Спеціальної підготовки дитини не потрібно. Щоправда, копрологічне дослідження не рекомендується проводити після клізм, свічок, прийому проносних та препаратів заліза. Якщо дитина звикла спорожнити кишківник увечері, то кал на копрограму можна зібрати зразу після дефекації в *одноразовий спеціальний контейнер* з ложечкою і поставити в холодильник, щоб ранком після маркування віднести в лабораторію.

Копрограма включає фізико-хімічні (колір, запах, консистенція, рН, білірубін, стеркобілін, розчинний білок) і мікроскопічні (жирні кислоти, крохмаль, м'язові волокна, нейтральний жир, мила, перетравлена клітковина, лейкоцити, еритроцити, йодофільна флора, грибки та патогенна флора) показники (див. додаток 18).

Загальні вимоги до проведення у дітей мікробіологічних досліджень сечі та калу

Правила проведення мікробіологічних досліджень:

- Збір матеріалу проводиться, як правило, медичним персоналом до початку лікування антибактеріальними, протигрибковими, імунобіологічними препаратами і не менше, ніж через 3 дні після закінчення курсу лікування антибактеріальними або імунобіологічними препаратами.

Правила збору сечі на посів

Сеча збирається так само, як за методом Нечипоренка – з середньої порції. Для цього дослідження *потрібна стерильна пробірка* (її попередньо одержують у лабораторії). Перед збиранням матеріалу зовнішні статеві органи дитини миють із милом кип'яченою водою. Сечі для дослідження потрібно 3–5 мл. Головне – щільніше закрити пробірку стерильним корком та віднести її до лабораторії найближчим часом.

Правила взяття шкребка на ентеробіоз

Перед вступом до дитячого садка або школи до обов'язкових досліджень дитини приєднуються аналіз калу на яйця глистів і шкребок на ентеробіоз.

Шкребок на ентеробіоз з поверхні періанальних складок в ділянці ануса проводиться в поліклініці. Вранці бажано дитину не підмивати навіть після акту дефекації.

При зборі *аналізу калу на гельмінти* є певні правила.

За 2-3 дні до дослідження не рекомендується ставити дитині клізми. Не можна напередодні дослідження приймати лікарські речовини: проносні, активоване вугілля, препарати заліза, міді, вісмуту, а також використовувати ректальні свічки.

В ідеалі перед забором калу малюк повинен помочитися в унітаз чи горщик. Випорожнення для дослідження повинні бути «чистими», тобто не забрудненими сечею. Кал необхідно збирати з трьох різних місць у спеціальний одноразовий контейнер з ложечкою (рис. 63) в обсязі 1–2 її об'єму. *Контейнер маркують.*



Рис. 63. Контейнер для аналізу калу

Кал доставляють до лабораторії безпосередньо після збору. На жаль, ці аналізи не завжди дають достовірні результати. Виявити паразитів не так просто. Одноразовий аналіз виявляє близько 50 % заражених, триразовий – до 90 %. Тому, якщо є серйозна підозра, лікар після негативної відповіді призначить подібне дослідження не менше 3 раз.

Алгоритм забору біологічного матеріалу (мазка) із зіву у дітей

Оснащення для взяття мазка із зіву: стерильний шпатель, стерильна пробірка з ватним тампоном на паличці або стерильна пробірка з ватним тампоном і транспортним середовищем, штатив для пробірок, направлення в лабораторію, маркувальний олівець, маска, гумові рукавички (рис. 64).

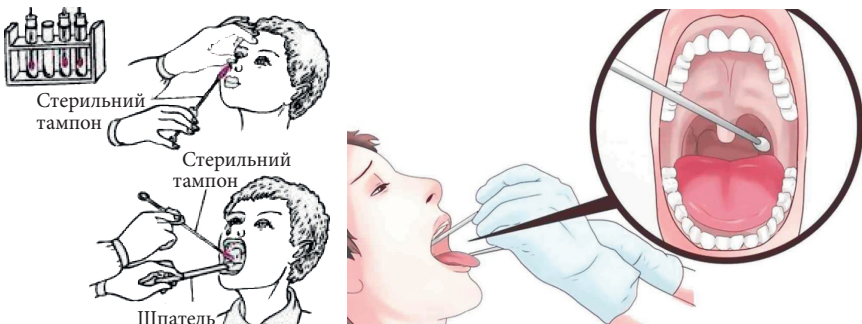


Рис. 64. Взяття мазка із зіву

Мазок із зівка збирають натщесерце або через 3–4 год після прийому їжі.

- ▶ Перед процедурою не полоскати рот, не чистити зуби.
- ▶ Язик обережно притискають шпателем, стерильним тампоном від транспортної системи Еймс із вугіллям проводять між дужками мигдалин, по язичку і задній стінці глотки, не торкаючись губ, щік і язика. За наявності гнійних накладень мазок бажано брати на межі здорових і уражених тканин (там знаходиться найбільша кількість мікробів).
- ▶ Тампон занурюють у пробірку із транспортним середовищем.

Після процедури необхідно знезаразити шпатель.

Дезінфекція металевих шпательів. Після використання металеві шпательі замочують у 1 % розчині хлораміну на 30 хв. (або 2 % розчині хлораміну на 15 хвилин), промивають холодною водою та кип'ятять у дистильованій воді протягом 30 хв. Потім загортають у папір і стерилізують у сухожаровій шафі при $T=180^{\circ}\text{C}$ 30 хв.

Пластикові шпательі після використання занурюють у 3 % розчин перекису водню на 80 хв, потім промивають холодною водою.

Порядок дій до взяття мазка із зівка:

№	Необхідні дії	Обґрунтування
1	2	3
1.	Підготовка до процедури Пояснити пацієнту сутність і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
2.	Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
3.	Помити руки під проточною водою з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником	Дотримується інфекційна безпека
4.	Одягнути маску і рукавички	Дотримується інфекційна безпека
5.	Виконання процедури Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується виконання маніпуляції

1	2	3
6.	Запропонувати пацієнтові сісти обличчям до вікна або джерела світла	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
7.	Попросити пацієнта широко відкрити рот (при проведенні процедури у дітей молодшого віку необхідний помічник, який буде фіксувати голову дитини)	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
8.	Взяти у ліву руку шпатель та пробірку з тампоном	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
9.	Лівою рукою притиснути шпателем спинку язика донизу і наперед	Забезпечується доступ до мигдаликів
10.	Правою рукою витягнути тампон з пробірки та обережно ввести його у ротову порожнину, не торкаючись язика і щік	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
11.	Зробити мазок по поверхні мигдаликів на межі здорової та ураженої ділянки	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
12.	Вийняти тампон із порожнини рота та обережно помістити отриманий матеріал в стерильну пробірку, не торкаючись її горловини <i>Примітка:</i> взяття мазка із зіву проводиться натще або не раніше, ніж через 2 години після прийняття їжі, пиття або полоскання горла	Забезпечується правильність виконання маніпуляції. Дотримується інфекційна безпека
13.	Покласти використаний шпатель у ємність для дезінфекції	Дотримується інфекційна безпека
14.	Закінчення процедури Промаркувати пробірку та поставити її в штатив	Забезпечується достовірність результату
15.	Зняти маску, рукавички, покласти їх в ємність для дезінфекції	Дотримується інфекційна безпека
16.	Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
17.	Оформити направлення в бактеріологічну лабораторію	Забезпечується послідовність виконання маніпуляції

1	2	3
18.	Негайно відправити матеріал в бактеріологічну лабораторію Примітка: при неможливості негайної доставки матеріалу в лабораторію посіяти матеріал на чашку Петрі з живильним середовищем і помістити її у термостат. При заборі стерильною пробіркою із транспортним середовищем – доставка в лабораторію протягом 72 год	Забезпечується правильність проведення бактеріологічного дослідження
19.	Зробити запис про проведення маніпуляції в листку лікарських призначень (форма 003-4/о)	Забезпечується документування маніпуляції

Порядок дій для взяття мазків з порожнин пазух носа

- Один тампон із транспортним середовищем Еймс використовується для обох носових ходів.
- Не треба промивати носові ходи перед взяттям мазків.
- Тампон вводять у носовий хід на глибину 2–2,5 см на рівні носової раковини.
- Крилом носа притискають тампон до носової перегородки і обертальними рухами збирають матеріал зі слизової носа.
- Так само беруть матеріал в іншому носовому ході.
- Тампон занурюють у пробірку із транспортним середовищем.

Алгоритм взяття мазків із носових ходів:

№	Необхідні дії	Обґрунтування
1	2	3
1.	Підготовка до процедури Пояснити пацієнту сутність і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
2.	Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
3.	Помити руки під проточною водою з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником	Дотримується інфекційна безпека

1	2	3
4.	Одягнути маску і рукавички	Дотримується інфекційна безпека
5. 6.	Виконання процедури Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується виконання маніпуляції
7.	Запропонувати пацієнтові сісти обличчям до вікна або джерела світла	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
8.	Взяти у ліву руку пробірку, цією ж рукою підняти кінчик носа	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
9.	Правою рукою ввести стерильний тампон в праву, а потім в ліву ніздрю круговими рухами на глибину 1,5–2 см, щільно торкаючись до її стінок	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
10.	Вийняти тампон із порожнини носа та обережно помістити отриманий матеріал в стерильну пробірку, не торкаючись її горловини	Забезпечується правильність виконання маніпуляції та інфекційна безпека
11. 12.	Закінчення процедури Промаркувати пробірку та поставити її в штатив	Забезпечується достовірність результату
13.	Зняти маску, рукавички, покласти їх в ємність для дезінфекції	Дотримується інфекційна безпека
14.	Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
15.	Оформити направлення в бактеріологічну лабораторію	Забезпечується документування маніпуляції
16.	Негайно відправити матеріал в бактеріологічну лабораторію. <i>Примітка:</i> при неможливості негайної доставки матеріалу в лабораторію посіяти матеріал на чашку Петрі з живильним середовищем і помістити її у термостат. При заборі матеріалу у стерильну пробірку з живильним середовищем – доставка в лабораторію протягом 72 год	Забезпечується правильність проведення бактеріологічного дослідження
17.	Зробити запис про проведення процедури в листку лікарських призначень (форма 003–4/о)	Забезпечується документування маніпуляції

Підготовка хворої дитини до проведення ультразвукового дослідження

Ультразвукове дослідження (УЗД). Це один із найсучасніших і неінвазивних (безболісних) видів інструментального обстеження (рис. 65). Він абсолютно безпечний для пацієнтів будь-якого віку та статі, а також для плода, що розвивається в утробі вагітної жінки. Одночасно це одне із найбільш точних досліджень, яке дозволяє розглянути структуру внутрішніх органів, виявити наявність патологій, захворювань чи новоутворень.



Рис. 65. Ультразвукове дослідження дитини

Для проведення **УЗД черевної порожнини дітям до 1 року** потрібне утримання від прийому їжі (голодування) за деякий час до процедури:

- ▶ Для новонароджених цей період становить три години.
- ▶ Немовляті на грудному вигодовуванні також достатньо трьох годин.
- ▶ Малюкові на штучному годуванні потрібно 3,5 години.

Найкраще принести таке немовля на обстеження прямо перед наступним прийомом їжі. Найзручнішим періодом часу для огляду у цьому випадку є перша половина дня.

Діти віком від року до трьох занадто малі, щоб спокійно терпіти відчуття голоду, спрагу чи позиви до сечовипускання. Тому для них існують прості правила:

- ▶ Дієта (обмеження їжі, яка призводить до підвищення газотворення в кишківнику).

- ▶ Останній період харчування має бути за 4–5 годин до обстеження.
- ▶ За годину до початку аналізу не можна пити воду (у крайньому випадку малюкові можна дати зовсім небагато рідини).

Для дитини старше 3-х років підготовка ускладнюється. Вона містить:

- ▶ Легку дієту.
- ▶ Випороження кишечника та регуляцію травлення.
- ▶ Голодування перед процедурою протягом 6–8 годин.

Принципи загальної підготовки дитини до УЗД черевної порожнини:

- 1). За 2-3 дні до огляду необхідно перевести дитину на полегшену їжу:
 - каші на воді, парову нежирну рибу та птицю, одне варене яйце на день,
 - сир, необхідно виключити такі продукти, як: чорний хліб та іншу випічку,
 - молочні продукти, овочі, бобові, жирні страви, газовані напої та солодоші.
- 2). Напередодні процедури можна зробити клізму, а також приймати препарати, що регулюють травлення, якщо у дитини спостерігаються порушення стільця або підвищений метеоризм.
- 3). Якщо лікар раніше прописав дитині препарати, які необхідно приймати під час їжі, то прийом даних ліків необхідно відкласти.
- 4). Провести психологічну підготовку. Труднощі можуть виникнути через те, що дитина опиниться в нестандартній для неї ситуації. Тому перед дослідженням треба пояснити малюкові, що й навіщо робитиме лікар.
- 5). УЗД черевної порожнини проводиться натщесерце, тому за 8–12 годин до процедури слід утриматися від їди.

Принципи підготовки дитини до УЗД нирок:

Підготовка до УЗД нирок не потрібна. Ускладнювати виконання цієї процедури може надмірна вага і підвищене газоутворення в кишечнику. У такому випадку рекомендована така ж підготовка, як і до дослідження органів черевної порожнини.

Принципи підготовки дитини до УЗД сечового міхура:

Ультразвукова діагностика сечового міхура виконується *при його наповненні*. Тому за 30–40 хв до дослідження слід випити 200–800 мл негазованої рідини для отримання на моніторі чіткого зображення. Кожен організм має індивідуальні особливості, і оптимальна кількість рідини визначається дослідженим шляхом. Якщо маленький пацієнт не зможе випити разом велику кількість води, можна пити за 1–1,5 год до сеансу невеликими порціями. Головне, щоб на момент проведення УЗД дитина відчувала позиви до сечовипускання.

Для визначення об'єму залишкової сечі УЗД сечового міхура робиться у два етапи: спочатку класичне, а потім дитину просять спорожнити міхур, після чого проводять дослідження повторно, визначаючи, скільки сечі залишилося в сечовому міхурі, тобто чи повноцінно відбувається його спорожнення.

Для підготовки до УЗД сечового міхура за 15–20 хв до початку процедури немовля годують або поють.

Принципи підготовки дитини до УЗД надниркових залоз:

Виключаються продукти тваринного походження та призначається безшлакова дієта за 3 дні до дослідження. Можна вживати в їжу крупи, бобові, картоплю, овочі, фрукти, горіхи та насіння, чорний хліб або зернові хлібці, макаронні вироби з борошна грубого помелу, з солодоців – мед та сухофрукти, з напоїв – трав'яні чаї та натуральні (не магазинні) соки.

Напередодні УЗД вранці необхідно прийняти проносне (за призначенням лікаря). Дослідження надниркових залоз проводиться натще.

Немовлятам проводять дослідження через 3-3.5 год після годування.

Підготовка до УЗД щитовидної залози:

Потрібно знати і повідомити лікарю діагносту вагу та зріст дитини. Щоб не виникло блювотного рефлексу, треба привести маленького пацієнта натще.

Підготовка до УЗД малого таза для хлопчиків:

Перед процедурою провести гігієнічні процедури з зовнішніми статевими органами. Спеціальної підготовки не потребує.

Підготовка до УЗД малого таза для дівчаток:

Проводиться підготовка як при ультразвуковому дослідженні сечового міхура (див.вище) та виконується при наповненому сечовому міхурі.

Принципи підготовки дитини до рентгенологічного дослідження

Рентгенологічні дослідження проводяться з метою уточнення діагностики хворого. І хоча, на перший погляд, в даному процесі немає нічого складного, деяких хворих необхідно готувати до нього як фізично, так і психологічно. Медичні сестри, в свою чергу, повинні володіти технологією підготовки хворих до цієї процедури.

Підготовка до рентгенологічного обстеження стравоходу, шлунка і тонкої кишки

- Для рентгенологічного дослідження стравоходу, шлунка і початкових відділів тонкої кишки контрастну речовину вводять через рот (дитині дають випити склянку розмішаного у воді сульфату барію).
- Перед дослідженням необхідно промити шлунок. Після цієї процедури дитина не повинна їсти. Оскільки потрібно звільнити не тільки шлунок, але й частину кишечника, треба за три дні до дослідження почати дотримуватися дієти, яка виключає продукти, здатні викликати підвищене утворення газів (горох, квасоля, груба їжа). Останній раз потрібно їсти не пізніше, ніж за 12 годин до дослідження.

Підготовка до рентгенологічного обстеження товстої кишки

Підготовка до рентгенологічного обстеження товстої кишки також починається за 3 дні.

- З харчування виключають бобові, житній хліб, а також грубу їжу, що викликає підвищене утворення газів.
- Незадовго до дослідження потрібно повністю очистити кишечник. Для цього не можна використовувати проносні засоби, оскільки вони теж можуть викликати утворення великої кількості газів. Увечері напередодні дослідження роблять очисну клізму. Вранці очищення кишечника повторюють.

- До рентгенологічного кабінету пацієнта доставляють через годину після того, як кишечник буде спорожнений.
- Рентгеноконтрастна речовина також вводиться за допомогою клізми.

Підготовка до рентгенологічного обстеження нирок

- При дослідженні нирок необхідно максимальне спорожнення кишечника. Для цього за 3 дні до рентгенографії починають дотримуватися дієти з виключенням газоутворюючих продуктів (яблука, бобові, чорний хліб, молоко та ін.), при метеоризмі призначається активоване вугілля.
- Напередодні і в день дослідження проводять очищення кишечника за допомогою клізми.
- Також необхідно вранці обмежити вживання рідини.
- Рентгеноконтрастну речовину (уротраст і верографін) для обстеження нирок вводять внутрішньовенно.

Методика поставлення різних видів клізм у дітей

Клізми використовують для очищення кишечника (очисні) або для введення поживних чи лікарських речовин (поживні, лікарські). Клізма підсилює перистальтику товстого (рефлекторно) і тонкого кишечника, має проносну дію, у деяких випадках усуває непрохідність кишечника.

Виділяють такі види клізм: очисна, гіпертонічна, олійна, сифонна, лікувальна.

Показання та протипоказання до проведення очисних клізм

При закрепах для очищення кишечника від калу і газів, при отруєннях, під час підготовки до операції, рентгенівських досліджень і перед застосуванням глистогінної терапії призначається очисна клізма.

Дітям із запальними, виразковими та гнійними процесами в ділянці вихідника і товстому кишечнику очисні клізми ставити не можна. Протипоказані вони і при шлунково-кишкових кровотечах, апендициті, перитоніті, після операцій на органах черевної порожнини, при колапсі та деяких інших тяжких станах.

Для очисних клізм використовують гумові грушоподібні балони різної місткості – від 30 до 100 мл і більші в залежності від віку дитини. Дітям 5–6 років і старше потрібна більша кількість води, тому її вводять за допомогою кухля Есмарха (рис. 66).



Рис. 66. Різні види гумових балонів для введення клізм

Усі предмети, якими користуються для очисної клізми, кип'ятять.

Температура води для проведення очисної клізм залежить від діагнозу.

Дітям раннього віку вводять переварену воду 28–30°C, старшим – 25–30°C.

Щоб угамувати спазми гладкої мускулатури кишечника при спастичних закрепах, використовують воду 37–38°C.

При анатомічних закрепах застосовують прохолодну воду (22–24°C і навіть 20°C), яка підсилює тонус і перистальтику товстого кишечника.

Розрахунок кількості води для проведення очисних клізм залежно від віку

На одну очисну клізму 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.

Порядок дій при поставленні очисної клізми:

1. Наповнюють балон водою.

2. Наконечник добре змазують вазеліном, вазеліновим маслом, або дитячим кремом.
3. Повернувши балон наконечником угору, обережним натисканням на дно випускають повітря до появи води.
4. Дитину кладуть на лівий бік із зігнутими в колінах і притисненими до тулуба ногами.
5. Наконечник гумового балону вводять у вихідник на 3–5 см залежно від віку.
6. Після чого плавно витискають рідину у порожнину прямої кишки.
7. Протягом 5–8 хвилин утримують сідниці стуленими, щоб рідина не вилілась назовні.
8. Між ноги закладають приготовлену пелюшку, котра добре вбирає рідину.
9. Відпускають сідниці, щоб дитина випорожнилась. Малят віком старше 9–10 місяців можна посадити на горщик, щоб пряма кишка повністю звільнилась від води і калових мас.

Гіпертонічну клізму призначають для боротьби з парезом кишечника, бо вона більше збуджує перистальтику кишечника, ніж звичайна. У пряму кишку залежно від віку вводять 25–100 мл 10 % розчину кухонної солі.

Олійні клізми застосовують при тривалих закрепах. Наконечник невеличкого балончика вводять на глибину 10–12 см (щоб дитина утримала олію як можна довше) і втискають у пряму кишку від 30 до 100 мл якої-небудь олії (ляної, конопляної, соняшникової), підігрітої до 37–38°C. Після клізми дитину викладають на живіт, підклавши заздалегідь клейонку.

Якщо олійна і очисна клізма не ефективні, ставлять сифонну клізму.

Сифонну клізму застосовують як лікувальний засіб для промивання кишечника дезінфікуючими і в'язучими розчинами при спастичних кольках, іноді для усунення завороту кишок, а при кишкової непрохідності з діагностичною метою.

Перед сифонною треба поставити очисну клізму (!).

Для сифонної клізми треба мати: лійку об'ємом 500 мл, гумову трубку довжиною 1–1,5 м з наконечником, глечик на 3–5 л з теплою перетвореною водою (35–36°C), клейонку, таз чи відро для промивання вод.

Порядок дій при проведенні сифонної клізми:

- хворого кладуть на бік із зігнутими ногами;
- під сідниці стелять клейонку так, щоб другий її кінець доходив до відра або зливного тазка, куди будуть виливатись калові маси та промивні води;
- змащений вазеліном гнучкий наконечник обережними обертливими рухами вводять на глибину 20–40 см у товсту кишку;
- заповнену водою лійку піднімають 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 виливатися 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 (рис. 67).

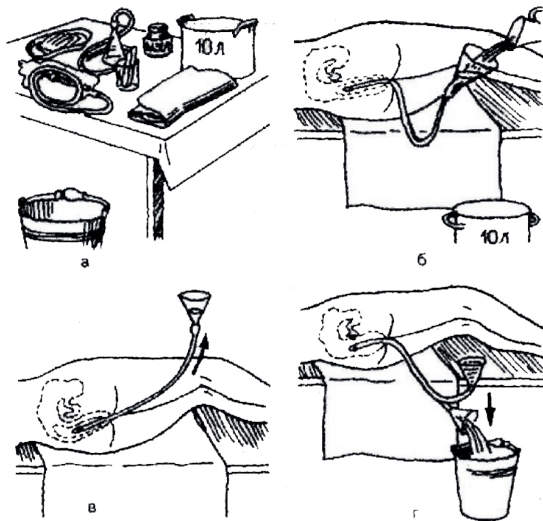


Рис. 67. Порядок дій при проведенні сифонної клізми

Слід стежити за станом дитини. *При сильному болю в животі, погіршенні стану дитини, появі крові в промивних водах процедуру негайно припиняють.*

При необхідності ввести в пряму кишку лікарську речовину застосовують **лікувальні клізми**. Проводять відразу після випорожнення кишечника, або через 10–15 хвилин 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 ромашки кип'ячать 2 хв в 250 мл води і охолоджують до 40–41°C), 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, а потім остуджують до 40–42°C).

Особливості застосування газовідведення у дітей

Метеоризм викликає різкий біль у животі, посилює секреторну і моторну функції шлунково-кишкового тракту, обмежує екскурсію діафрагми і тим самим утруднює дихання. При накопиченні газів у товстому і тонкому кишечнику у дітей проводиться газовідведення.

Для цього користуються газовідвідною трубкою різної довжини (рис. 68):

- для дітей шкільного віку – 30–50 см,
- дітям раннього та дошкільного віку – 15–30 см.

Перед процедурою бажано поставити очисну клізму.

Закруглений кінець трубки змазують вазеліном і обережними обертовими рухами вводять:

- грудним дітям на глибину 7–8 см;
- від 1 до 3 років – на 8–10 см;

- від 3 до 7 років – на 10–15 см;
- школярам – на 20–30 см і більше.
- На багатьох газовідвідних трубках нанесено градуювання, орієнтуючись на ділення якою потрібно вставити накопичувач у анальний отвір новонародженого.
- Щоб не заподіяти біль малюкові, вставляючи газовідвідну трубку, притримуйте його ніжки зігнутими.
- Після того як вставили газовідвідну трубку, плавними круговими рухами помасажуйте ділянку навколо пупка, щоб стимулювати кишечник малюка.
- Залишити газовідвідну трубку можна на 10–15 хвилин, після чого акуратно вийняти.
- Для додаткової стимуляції відведення газів допускається повертання трубки. При цьому стінки кишечника будуть трохи подразнюватися.
- Після вилучення газовідвідної трубки, її треба утилізувати, а малюка обмити теплою водою.
- Повторювати таку процедуру можна не частіше 1 разу на тиждень. Надмірне використання газовідвідної трубки впливає на функціонування ШКТ новонародженого і може спровокувати порушення розвитку природного відведення газів.



Рис. 68. Види газовідвідних трубок

Дезінфекція: гумовий м'який катетер або газовивідну трубку занурюють у дезінфікуючий розчин, потім ретельно промивають гарячою водою, знезаражують і кип'ятять у дистильованій воді протягом 30 хвилин. Зберігають в сухому промаркованому посуді.

Наконечники для клізм занурюють у розчин хлораміну 1 % на 30 хвилин, або перекис водню 3 % на 45 хвилин.

Правила підготовки хворих дітей до ендоскопічного дослідження

Ендоскопічне обстеження безпечне та безболісне, однак потребує підготовки, від якої багато в чому залежить результат дослідження.

Підготовка до езофагогастродуоденоскопії:

- ▶ Мати з собою рушничок.
- ▶ Психологічно підготувати дитину, пояснити, на яку процедуру вона йде.
- ▶ Якщо є серйозні захворювання серця та органів дихання, заздалегідь проконсультуватися з лікарями інших спеціалізацій.
- ▶ Після консультації з лікарем тимчасово припинити або знизити дозу ліків, що розріджують кров.
- ▶ Бажано мати з собою висновки та дані попередніх досліджень і повідомити лікаря про всі наявні у дитини захворювання, алергії (зокрема на лідокаїн), назвати ліки, якими лікувались!!!
- ▶ Процедура проводиться на голодний шлунок – як мінімум за 8–10 годин до обстеження потрібно не їсти і не пити, не приймати ліки. Можна лише легко повечеряти. Але виключити м'ясо і квасолю!

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Постановка олійної клізми. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=N5d9-RGndhA>
2. Постановка газовідвідної трубки. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=SS4eG4fJTCg>
3. Постановка газовідвідної трубки дітям старшого віку. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=mTxaLLkgpsA>
4. Постановка очисної клізми. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=5-iXShMMYzk>

Контрольні питання до теми

1. Назвіть правила здачі загального аналізу крові.
2. Перерахуйте правила здачі біохімічного аналізу крові.
3. Визначте правила здачі аналізу крові на глюкозу.
4. Назвіть правила забору сечі для загального аналізу.
5. Які правила забору сечі для аналізу за Нечипоренко?
6. Які правила забору сечі для аналізу за Зимницьким?
7. Як маркуються контейнери для забору сечі та калу?
8. Назвіть правила забору сечі для бактеріологічного дослідження.
9. Які правила забору мазків із зів та носа?
10. Які правила підготовки пацієнта до УЗД?
11. Які правила підготовки до ендоскопічного обстеження?
12. Перерахуйте правила підготовки до рентгенологічного обстеження.
13. Опишіть техніку проведення очисної клізми.
14. Опишіть техніку проведення сифонної клізми.

Тестові завдання

1. Як перед збиранням сечі для аналізу за Зимницьким медична сестра готує для пацієнта контейнери ?
 - А) Один із маркуванням
 - Б) Один без маркування
 - В) Три з маркуванням
 - Г) Шість без маркування
 - Д) Вісім з маркуванням
2. У дитини 5 років спостерігається набряк мигдаликів, незначне білувате нашарування, збільшення регіональних лімфозвулів. Лікар запідозрив дифтерію та призначив з метою підтвердження діагнозу бактеріологічне дослідження мазка. Із яких ділянок необхідно провести мазок?
 - А) Із зів та носа
 - Б) Із задньої стінки ротоглотки
 - В) Із зів
 - Г) З-під язика
 - Д) Зі слизової щік

3. Дитині віком 3,5 місяці призначено проведення очисної клізми. Яку кількість рідини повинна набрати у гумовий балончик медична сестра?
 - А) 50 мл
 - Б) 10 мл
 - В) 30 мл
 - Г) 90 мл
 - Д) 150 мл
4. Дитині 12 років з діагнозом «Хронічний гастрит» призначено інструментальне обстеження. До якого обстеження треба готувати цю дитину?
 - А) Фіброгастродуоденоскопії
 - Б) Дуоденального зондування
 - В) Ультразвукового дослідження органів черевної порожнини
 - Г) Рентгенографії
 - Д) Колоноскопії
5. Про що має попередити медсестра батьків дитини перед дослідженням на ентеробіоз?
 - А) Підмити дитину
 - Б) Дитину не підмивати
 - В) За годину до дослідження дати випити 300 мл води
 - Г) Зібрати кал із різних ділянок шпателем
 - Д) Зібрати сечу протягом доби

Рекомендована література

1. Наказ МОЗ України від 01.06.2013 № 460 «Потокол медичної сестри (фельдшера, акушерки) із взяття матеріалу для лабораторних досліджень»
URL : https://zakononline.com.ua/documents/show/56838___684524
2. Сестринська справа : підруч. / Н. М. Касевич, І. О. Петряшев, В. В. Сліпченко та ін.; за ред. В. І. Литвиненка. 3-є вид., випр. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2017. 816 с.
3. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / Л. С. Савка, Л. І. Разінкова, О. І. Коцар, Л. М. Ковальчук, О. В. Кононов. 4-е видання. Київ : Видавництво «Медицина», 2018. 600 с.
4. Клінічне медсестринство в педіатрії: підручник (ВНЗ I—III р. а.) / В. С. Тарасюк, Н. В. Титаренко, І. В. Паламар та ін.; за ред. В. С. Тарасюка. 2-е вид., переробл. і допов. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2021. 336 с.

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ ЗА ТЕМАМИ ПОСІБНИКА

1. Медсестра, сидячи за столом, заносить паспортні дані хворого в історію хвороби і в той же час пропонує хворому встати на ваги для зважування. Чи правильні дії медичної сестри?
2. У приймальне відділення доставлена дитина 2 років зі скаргами на підвищення температури тіла до 39,8, судоми, занепокоєння. При огляді лікар звернув увагу на висип в ділянці міжпальцевих проміжків, на передній черевній поверхні, які розташовані попарно. Яка подальша тактика?
3. Медична сестра проходить курси підвищення кваліфікації. На іспиті вона витягла білет, де необхідно розповісти про поточну дезінфекцію. Яку відповідь надасть медична сестра?
4. Пацієнт Т., 12 р., знаходиться на лікуванні у хірургічному відділенні протягом 20 діб. Увесь цей час він знаходиться на суворому ліжковому режимі. Вкажіть потенційну проблему пацієнта і як її вирішити?
5. Хвора дитина 7 років поступила у соматичне відділення. Яку документацію у відділенні заповнить постова медсестра відділення?
6. Мати 2-місячної дитини проводить їй гігієнічні ванни щодня ввечері, але бабуся вважає, що потрібно проводити раз на тиждень. Мати звернулася до лікаря за порадою.
7. Лікар призначив хворій дитині інгаляційну терапію через небулайзер. Мати хоче лікувати дитину вдома, оскільки в неї є паровий інгалятор і вона може це робити сама. Якою буде відповідь лікаря?
8. Лікар призначив дитині лікарський засіб в таблетованій формі. Дитина маленька і не може проковтнути ліки. Що має зробити медична сестра, щоб дитина отримала лікування?
9. Після проведення підшкірної ін'єкції дитині медсестра-практикант використаний шприц викинула в сміттєвий бак. Чи правильно вчинила медсестра? Що необхідно робити в такій ситуації?
10. При розпакуванні стерильного шприца виявилось, що пошкоджена цілісність упаковки. Що потрібно зробити у такому випадку?
11. На прийом до амбулаторії прийшла мама з дитиною 4 місяців, яку годує виключно грудним молоком. Педіатр, оглянувши дитину,

- припускає, що дитині не вистачає материнського молока. Що необхідно зробити, щоб вирішити це питання? Який алгоритм дій?
12. На роботу на харчоблок прийшов новий співробітник. Які рекомендації стосовно санітарно-протиепідемічного режиму має дати дієтсестра харчоблоку.
 13. Після виписки з пологового будинку до мами з немовлям прийшла медична сестра на патронаж. Яку бесіду повинна провести медична сестра з матір'ю по догляду за немовлям?
 14. При огляді малюка в амбулаторії лікар помітив, що сідниці малюка червоного кольору, іноді з мацерацією. При опитуванні матері лікар вияснив, що дитина весь час в памперсі. Яку бесіду необхідно повести з мамою?
 15. Мама 2-місячної дитини питає у лікаря, як поміряти температуру своїй дитині, оскільки 5 хвилин дитина не може втримати термометр. Ваша відповідь?
 16. До стаціонару звернулись батьки 5-річного хлопчика зі скаргами на те, що дитина має поганий апетит, їсти сама не попросить, їсть мало, апетит вибірковий. В цілому дитина активна, не втомлюється, сон гарний. Оцініть стан дитини. Обґрунтуйте свою відповідь.
 17. Ендокринолог призначив дівчинці 15 років зробити ультразвукове обстеження органів малого тазу. Про яку підготовку до дослідження треба розповісти дитині?
 18. Новонароджена дитина переведена на штучне вигодовування сумішшю, у неї відмічаються кишкові кольки. Чим можна допомогти дитині? Опишіть техніку проведення маніпуляції.

Правильні відповіді на тести

- Розділ 1: 1- Д, 2- Г, 3- Г, 4- В, 5- В.
 Розділ 2: 1-В, 2- Г, 3- В, 4- А, 5- Б.
 Розділ 3: 1- Б, 2- В, 3- В, 4- Б, 5- В.
 Розділ 4: 1- Б, 2- А, 3- В, 4- Д, 5- Г.
 Розділ 5: 1- Г, 2- В, 3- А, 4- Г, 5- В.
 Розділ 6: 1-А, 2- Г, 3- Г, 4- В, 5- Д.
 Розділ 7: 1- А, 2- Б, 3- А, 4- Д, 5- В.
 Розділ 8 : 1- В, 2- Д, 3- Б, 4- Д, 5- Г.
 Розділ 9: 1- Д, 2- В, 3- Г, 4- А, 5- Б.

ПЕРЕЛІК НАВИЧОК ТА МАНІПУЛЯЦІЙ ЗА ТЕМАМИ ПОСІБНИКА

1. Заповнення паспортної частини історії хвороби, листка лікарських призначень, статистичної карти хворого, листка обліку руху хворих та ліжкового фонду.
2. Заповнення температурного листка хворого.
3. Оформлення інформативної згоди з батьками при вступі до дитячого відділення.
4. Транспортування тяжкохворих дітей у стаціонарі.
5. Первинна санітарна обробка хворих дітей у приймальному відділенні.
6. Дезінфекція приймального відділення.
7. Огляд дитини на педикульоз.
8. Санітарна обробка одягу та дитини з педикульозом.
9. Огляд дитини на предмет захворювання на коросту.
10. Санітарна обробка одягу та дитини з коростою.
11. Санітарно-гігієнічна обробка хворої дитини у стаціонарі.
12. Поточна, заключна дезінфекція приміщень, меблів, медичних пристроїв у дитячому відділенні.
13. Протиепідемічні заходи захисту медичного персоналу при догляді за пацієнтом у стаціонарі.
14. Санітарно-гігієнічна обробка рук медичним персоналом.
15. Дезінфекція термометрів, металевих шпатель, посуду, сосок, іграшок, горщиків, суден в умовах дитячого стаціонару.
16. Санітарно-гігієнічна та санітарна обробка одягу та дитини з педикульозом.
17. Техніка зміни постільної та натільної білизни тяжкохворим дітям.
18. Обробка та профілактика появи пролежнів у тяжкохворих дітей.
19. Підготовка постової медичної сестри до роздачі пероральних ліків.
20. Проведення гігієнічних та лікувальних ванн.
21. Санітарно-гігієнічна обробка ванн у дитячому відділенні.
22. Накладання дітям зігріваючого компресу на суглоби.
23. Техніка введення пероральних ліків дітям різного віку.

24. Техніка введення ректальних супозиторіїв дітям різного віку.
25. Техніка введення очної мазі дітям.
26. Техніка закапування очей дітям.
27. Техніка закапування крапель у вухо дитини.
28. Техніка закапування крапель та спреїв у носові ходи дітям різного віку.
29. Техніка застосування кишенькового інгалятора дітям різного віку.
30. Техніка використання стаціонарного інгалятора дітям.
31. Техніка застосування небулайзерів дітям.
32. Постановка гірчичників на грудну клітку у дитячому віці.
33. Постановка зігріваючого компресу на вухо.
34. Техніка використання назального аспілятора.
35. Допомога немовляті при прорізуванні зубів.
36. Застосування міхура з льодом при лихоманці.
37. Підготовка медичної сестри до проведення ін'єкцій.
38. Підготовка хворої дитини до проведення ін'єкцій.
39. Техніка виконання в/ш та п/ш ін'єкцій.
40. Порядок проведення внутрішньом'язових ін'єкцій.
41. Техніка грудного вигодовування дитини.
42. Техніка приготування молочних сумішей для штучного вигодовування.
43. Санітарно-гігієнічна обробка обладнання для годування немовляти.
44. Техніка годування тяжкохворих дітей.
45. Санітарно-гігієнічна обробка посуду, меблів та приміщень харчоблоку дитячого стаціонару.
46. Порядок дій акушерки для обробки новонародженого у пологовій залі.
47. Первинна обробка залишка пупочного канатика.
48. Туалет ротової порожнини дитини грудного віку.
49. Туалет очей дитини грудного віку.
50. Туалет носових ходів дитини грудного віку.
51. Туалет вушних раковин та слухових ходів дитини грудного віку.
52. Догляд за нігтьовими пластинками та волоссям у дитини грудного віку.
53. Техніка підмивання хлопчиків та дівчаток грудного віку.

54. Техніка купання дитини грудного віку.
55. Обробка складок шкіри дитини грудного віку з метою профілактики попірлостей.
56. Техніка сповивання та одягання дитини грудного віку.
57. Техніка одягання одноразових підгузників дитині грудного віку.
58. Обробка шкіри при появі попірлостей сідниць.
59. Техніка зважування дітей різного віку.
60. Техніка вимірювання зросту дітям різного віку
61. Техніка вимірювання обводу голови дітям різного віку.
62. Техніка вимірювання обводу грудної клітки дітям різного віку.
63. Техніка опитування хворої дитини та її батьків в умовах дитячого стаціонару.
64. Методика первинної оцінки стану тяжкості хворої дитини.
65. Методика первинної оцінки стану новонародженої дитини за шкалою Апгар.
66. Техніка вимірювання температури тіла дитині різними способами.
67. Методика фіксації температури у температурному листку.
68. Методика догляду за дитиною з лихоманкою.
69. Базові навички СЛР для дітей різного віку.
70. Підготовка пацієнта до проведення аналізів крові.
71. Підготовка пацієнта до проведення аналізів сечі та калу.
72. Підготовка пацієнта до проведення шкребка на ентеробіоз.
73. Оформлення контейнерів для забору сечі та калу для лабораторних аналізів.
74. Проведення взяття мазка із зіву у дитини.
75. Проведення взяття мазка із носових ходів у дитини.
76. Підготовка дитини до проведення різних видів УЗД.
77. Підготовка дитини до проведення рентгенологічного дослідження різних органів.
78. Постановка різних видів клізм дітям.
79. Проведення газовідведення дітям різного віку.
80. Підготовка пацієнта до ендоскопічного дослідження.

Електронне направлення

Для роботи з електронним направленням увійдіть до вашого електронного кабінету на сайті **helsi.pro**, розмістіть курсор в полі вводу номеру ел. направлення, введіть його номер або зчитайте штрих-код пристроєм для зчитування та перевірте можливість надання вказаних в електронному направленні послуг за програмою медичних гарантій

Пошуковий номер направлення



0297-2116-2173-3247 ← Номер направлення

Номер направлення надіслано на: +38050*****61

Пацієнт: ██████████
51 рік

Термін дії: з **13-04-2021** по **13-04-2022**

Лікар: ██████████
Лікар загальної практики - сімейний лікар
+380 ██████████

Найменування закладу охорони здоров'я або ПІБФОП: **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" СВЯТОШИНСЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА**
ЄДРПОУ: 38961113

Категорія: **Візуалізація**

Послуга: **58500-00 Рентгенографія грудної клітки**

Діагноз: **R74 - Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів**

Пріоритет: **Планове**

Рекомендований термін надання послуги: **Не вказано**

Нотатки:

Інструкція для пацієнта:

Направлення видане за джерелом фінансування: Програма медичних гарантій в 2020 році від: **13-04-2021**



Національна служба здоров'я України



Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о)

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 003/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №	
МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО № _____			
Госпіталізація		Відділення _____ палата _____	
<i>дата</i>	(число, місяць, рік)	(годин, хвилин)	Переводи
			Відділення _____ Дата _____ Час _____
Виписка (смерть)			в поточному році з приводу даної хвороби госпіталізований
			<input type="radio"/> вперше <input type="radio"/> повторно
Проведено ліжко-днів _____			
Група крові _____ Резус-приналежність RW		Віл-інфекція _____	
Підвищена чутливість або непереносимість препарату _____ (найменування препарату, характер побічної дії)		(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)	
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____			
2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2		3. Вік _____ (число, місяць, рік)	
(повних років, для дітей: до 1-го року – місяців, до 1-го місяця – днів)			
4. Постійне місце проживання: місто – 1, село – 2 _____ (зазначити адресу: область, район, населений пункт, номер телефону; для приїжджих – місце проживання родичів)			
5. Місце роботи, спеціальність або посада _____ (для учнів, студентів – місце навчання; для дітей – найменування дитячого закладу, школи; для інвалідів – вид і група інвалідності, ІВВ – так, ні (підкреслити))			
6. Ким направлений хворий _____ (найменування закладу охорони здоров'я)			
7. Госпіталізований(а) в стаціонар: за терміновими показаннями – 1, через _____ годин після початку захворювання, одержання травми, в плановому порядку – 2			
8. Діагноз закладу охорони здоров'я, який направив хворого: _____			
9. Діагноз при госпіталізації: _____			
10. Діагноз клінічний: _____			
Дата встановлення: _____		Лікар _____ (прізвище, підпис)	
11. Діагноз заключний клінічний: _____			
а) основний _____			
Код за МКХ-10 _____			

Статистична карта (форма 006/о)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я
України
14.02.2012 № 110
(у редакції наказу
Міністерства охорони здоров'я України
21.01.2016 № 29)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма			
Код за СДРПОУ <input type="text"/>		Форма первинної облікової документації № 066/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № <input type="text"/>	
КАРТА ПАЦІЄНТА, ЯКИЙ ВИБУВ ІЗ СТАЦІОНАРУ, № _____			
Номер відповідної форми стаціонарного хворого (003/о, 003-1/о, 096/о, 097/о (підкреслити)) _____			
1. Дата госпіталізації <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, місяць, рік) (година) (хвилини)			
2. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____			
3. Стать: чоловіча – 1; <input type="checkbox"/> 4. Дата народження <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 5. Вік _____ 6. Громадянство _____ (жіноча – 2) (число, місяць, рік) (кількість повних років) (код країни)			
7. Документ, що посвідчує особу <input type="text"/> 7.1. Номер документа, що посвідчує особу <input type="text"/>			
8. Постійне місце проживання/перебування: місто – 1; село – 2 <input type="checkbox"/> _____ (область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)			
9. Поштовий індекс _____			
10. Місце роботи, посада _____ (для дітей, учнів, студентів – найменування навчального закладу)			
11. Ким направлений пацієнт _____ (найменування та код закладу охорони здоров'я) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (код за СДРПОУ)			
12. Діагноз при госпіталізації _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (код за МКХ-10)			
13. Відділення госпіталізації <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 14. Відділення виписки <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (код) (профіль ліжок) (код) (профіль ліжок)			
15. Госпіталізація: ургентна – 1; планова – 2 <input type="checkbox"/>			
16. Строк госпіталізації (до 6 годин – 1; 7 – 24 години – 2; більше 24 годин – 3) <input type="checkbox"/>			
17. Госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше – 1; повторно – 2 <input type="checkbox"/>			
17.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так – 1; ні – 2 <input type="checkbox"/>			
18. Результат лікування: виписаний(а) з одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я – 6; здоровий(а) – 7 <input type="checkbox"/>			
19. Дата виписки/смерті <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20. Проведено ліжок-днів _____ (число, місяць, рік) (година)			
21. Діагноз заключний клінічний (у випадку травми – вказати її вид: виробнича – 1; невиробнича – 2) <input type="checkbox"/>			
Назва діагнозу		Код за МКХ-10	
Основний			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Листок обліку ліжкового фонду стаціонару
(форма 007/о)

		Код форми за ДКУД		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>															
		Код закладу за ЄДРПОУ		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>															
Міністерство охорони здоров'я України				МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ															
				Форма <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">0</td> <td style="width: 12.5%;">0</td> <td style="width: 12.5%;">7</td> <td style="width: 12.5%;">/</td> <td style="width: 12.5%;">o</td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>				0	0	7	/	o							
0	0	7	/	o															
Найменування та поштова адреса закладу				№ <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>															
				Затверджена наказом МОЗ України <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">2</td> <td style="width: 12.5%;">5</td> <td style="width: 12.5%;">1</td> <td style="width: 12.5%;">2</td> <td style="width: 12.5%;">0</td> <td style="width: 12.5%;">5</td> <td style="width: 12.5%;">№</td> <td style="width: 12.5%;">7</td> <td style="width: 12.5%;">6</td> <td style="width: 12.5%;">0</td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>				2	5	1	2	0	5	№	7	6	0		
2	5	1	2	0	5	№	7	6	0										
ЛИСТОК обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару																			
(назва відділення, профіль ліжок) " _____ " _____ 20__ рік (дата заповнення)																			
Профіль ліжок	Номер рядка	Фактично розторнуто ліжок, включно ліжка, згорнуті на замок	у тому числі ліжка, згорнуті на замок	Рух хворих за минулу добу									На початок поточного дня						
				перебувало хворих на початок минулої доби	поступило хворих (без переведених всередині лікарні)				переведен о хворих всередині лікарні			виписано хворих		Померло	перебувал о хворих		кількі сть вільн их місць		
					всього	з них			з інших відділень	в інші відділення	всього	у тому числі переведені в інші	всього		у тому числі сільських	Перехувало матерів при хворих ліжках		чоловічих	жіночих
						сільських жителів	дітей до 17 років включно	у тому числі переведені в інші											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Всього																			
у тому числі: за профілем ліжок																			

Підпис медсестри _____

Направлення на консультацію до спеціаліста (форма 028—1/о)

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 028/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _ _ _ _ _ _ _ _ _ № _ _ _ _ _
Консультаційний висновок спеціаліста	
1. Найменування закладу охорони здоров'я, який направив пацієнта на консультацію _____	
2. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____	
3. Дата народження _ _ _ _ _ _ _ _ _ <small style="text-align: center;">(число, місяць, рік)</small>	
4. Спеціальність, прізвище, ім'я, по батькові лікаря-консультанта _____	
5. Результати лабораторного дослідження _____	
6. Результати функціонального, рентгенологічного та інших спеціальних досліджень:	
7. Висновок спеціаліста (встановлений діагноз)	
8. Рекомендації:	
“__” _____ 20__ року М.П.	
Лікар-консультант _____ <small style="text-align: right;">(П.І.Б.) (підпис)</small>	
Завідувач поліклініки або стаціонарного відділення _____ <small style="text-align: right;">(П.І.Б.) (підпис)</small>	

Екстренне повідомлення (форма 058/о)

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 10 січня 2006 р. № 1

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення _____ Ідентифікаційний код ЄДРПОУ	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 058/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 10.01.2006 № 1
<p align="center">ЕКСТРЕННЕ ПОВІДОМЛЕННЯ про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення</p> <p align="center">« ____ » _____ 20 ____ року. (дата заповнення повідомлення)</p> Повідомлення направлено до _____ (найменування закладу охорони здоров'я) _____	
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____	
2. Дата народження 3. Стать: чоловіча — 1, жіноча — 2 (число, місяць, рік)	
4. Місце проживання хворого (повна поштова адреса): країна _____, область _____, район _____, населений пункт _____, вулиця _____, будинок _____, кв. № _____	
5. Мешкає у: місті — 1, селі — 2	
6. Телефон _____	
7. Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса _____	
8. Діагноз _____ шифр за МКХ-10 (вписати)	
9. Дати: захворювання (число, місяць, рік) первинного звернення (число, місяць, рік) встановлення діагнозу (число, місяць, рік) подальшого відвідування дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу (число, місяць, рік) госпіталізації (число, місяць, рік)	
10. Місце госпіталізації _____ (найменування лікувального закладу)	
11. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням — 1, клінічно — 2, іншим — 3 (вписати)	
12. Якщо отруєння — вказати, де воно виникло, чим отруївся постраждалий _____	
13. Проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості _____	

Біохімічний аналіз крові

Код форми за ЖУД					
Код закладу за ЖСТО					

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування закладу		ФОРМА № 2286	
Лабораторія		Затверджена наказом МОЗ України 04.01.2001 № 1	
БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ № _____			
"___" _____ 20__ р. <small>(дата виїмки біоматеріалу)</small>			
Прізвище, ім'я, по батькові _____		Вік _____	
Засяд _____		Відділення _____ Медична карта № _____	
Досліджувані компоненти	Результат	Норма (в одиницях СИ)*	
Загальний білок		65-85 г/л	
Альбумін		35-50 г/л	
Глобулін		25-35 г/л	
α1		3-6%	
α2		6-12%	
β		8-12%	
γ		15-20%	
Фібриноген		2-4 г/л	
Ліпиди загальні		4,0-8,0 г/л	
Холестерин загальний		3,0-8,0 ммоль/л	
Тригліцериди		0,5-1,8 ммоль/л	
Фосфоліпід загальні		2,52-2,9 ммоль/л	
β-ліпопротеїди		35-55 од.	
Білірубін загальний		0-8,5-20,5 мкмоль/л	
Прямий		0,9-4,3 мкмоль/л	
Непрямий		6,4-17,1 мкмоль/л	
Калій		3,5-5,1 ммоль/л	
Натрій		130-156 ммоль/л	
Кальцій		2,1-3,0 ммоль/л	
Магній		0,7-1,15 ммоль/л	
Залізо		ч - 14,3-30,4; ж - 10,7-21,5 мкмоль/л	
Фосфор		0,87-1,45 ммоль/л	
Хлор		95-110 ммоль/л	
Аланін-амінотрансфераза (АлАТ)		28-190 ммоль/(с-л)	
Аспартат-амінотрансфераза (АсАТ)		28-127 ммоль/(с-л)	
α-амілаза		3,3-8,9 мп/(с-л)	
Креатинфосфокіназа (КФК)		до 100 ммоль/(с-л)	
Лактатдегідрогеназа (ЛДГ)		до 3200 ммоль/(с-л)	
Фосфатаза лужна (ФЛ)		278-830 ммоль/(с-л)	
Холінестераза		45,0-95,0 мкмоль/(с-л)	
Інші (вказати)			
* можливі інші норми, залежно від методики			
"___" _____ 20__ р.	Прізвище, І. П. _____		(підпис)

Бланк загального аналізу сечі

стор. 2 ф. № 210^о

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 210 ^о Затверджена наказом МОЗ України 04.01.2001 № 1	
Лабораторія		АНАЛІЗ СЕЧІ ЗАГАЛЬНИЙ № _____ " " " (дата кінця біологічного) 20__ р.	
Прізвище, І. П. _____ Вік _____		Знайд _____ Відділення _____	
Медична карта № _____		Клінічний діагноз _____	
Фізико-хімічні властивості			
Показники	Результат	Норма (в одиницях СІ)	
Кількість _____ мл (доставлено)		світло-жовтий	
Колір		прозора	
Прозорість		-	
Урегральні нитки		-	
Питома вага		1,001-1,040	
Реакція (рН)		5,0-7,0	
Білок (г/л)		-	
Глюкоза (ммоль/л)		-	
Кетонів тіла		-	
Реакція на кров		-	
Білірубін		-	
Уробілінові тіла		-	
Жовчі кислоти		-	
Цукор		сліди	

Мікроскопічне дослідження		
Еритроцити		-
Лейкоцити		6-8 в полі зору
Епітелій: плоский		поодинокі в полі зору
перездний		поодинокі в полі зору
широкий		поодинокі в полі зору
інший (типів)		
Циліндри:		-
глікозичні		-
зернисті		-
епітеліальні		-
біуретометовані		-
еритроцитарні		-
лейкоцитарні		-
глікозико-кращинні		-
восковидні		-
вакуолювані		-
Фібрин		-
Еластичні волокна		-
Слиз (гомогенний, волокнистий, циліндроподібний, урегральний)		поодинокі
Солі		
Бактерії		
Висновок:		
" " " (дата кінця аналізу) 20__ р. Прізвище, І. П. _____ (підпис)		

Бланк аналізу сечі за Зимницьким

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 211 ^о Затверджена наказом МОЗ України 04.01.2001 № 1	
Лабораторія		АНАЛІЗ СЕЧІ ЗА ЗИМНИЦЬКИМ № _____ " " " (дата кінця біологічного) 20__ р.	
Прізвище, І. П. _____ Вік _____		Знайд _____ Відділення _____	
Медична карта № _____		Кількість прийнятої рідини _____ (л)	
Номер порції	Години	Питома вага	Кількість сечі (л)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Денний діурез _____ (л)		Нічний діурез _____ (л)	
Загальний діурез _____ (л)		" " " (дата кінця аналізу) 20__ р. Прізвище, І. П. _____ (підпис)	

Копрограма

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування закладу		ФОРМА № 219/о	
Лабораторія		Затверджена наказом МОЗ України 04.01.2001 № 1	
АНАЛІЗ КАЛУ (КОПРОГРАМА) № _____ " " " " 20__ р. (дата калти біоматеріалу)			
Прізвище, І, П. _____			
Вік _____ Закладу _____			
Відділення _____ Медична карта № _____			
Клінічний діагноз: _____			
I. Фізичні властивості			
Кількість _____			
Форма _____			
Консистенція _____			
Колір _____			
Запах _____			
Залишки непертравленої їжі _____			
Слиз _____			
Кров _____			
Гній _____			
Шматочки тканини _____			
Конкременти (копроліти) _____			
II. Хімічне дослідження			
Реакція _____			
Реакція на приховану кров _____			
Реакція на жовчі пігменти _____			
Проба Трибуле-Винникова _____			

стор. 2 ф. № 219/о

III. Мікроскопічне дослідження	
Залишки їжі _____	
М'язові волокна: _____	
не змінені _____	
змінені (перетавлені) _____	
Рослинна клітковина, що переравлюється _____	
Крохмаль _____	
Рослинна клітковина, що не переравлюється _____	
Жир нейтральний _____	
Жирні кислоти _____	
Мива _____	
Кристали _____	
Слиз _____	
Епітеліальні клітини _____	
Лейкоцити _____	
Еритроцити _____	
Елементи з ознаками зловістості _____	
Йодофільна флора _____	
Найпростіші _____	
Явля гельмінтів _____	
Елементи гриба, подібного до дріжджового _____	
ВИСНОВОК _____	

" " " " 20__ р. Прізвище, І, П. _____	
(дата калти біоматеріалу) (підпис)	

Навчальний посібник

За редакцією
проф. І. О. Мітюряєвої–Корнійко

ДОГЛЯД ЗА ЗДОРОВОЮ ТА ХВОРОЮ ДИТИНОЮ

Редактор: *Надія Суходольська*
Дизайнер обкладинки: *Ольга Норинська*

Формат 60×90/16. Ум. друк. арк. 16,38.
Наклад 100 прим. Зам. № 14–23

Видавець
ДП «Експрес-об'ява»
вул. Бульварно-Кудрявська, 26, Київ-54, 01054.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4770 від 23 вересня 2014 р.

Виготовлювач
ТОВ «Книжкова майстерня»
вул. Михайла Максимовича, 2, Київ

Для нотаток

Для нотаток
