**Практичне заняття на тему**

**«Структура дитячих лікувально-профілактичних закладів, особливості організації їх роботи. Статистичні показники роботи. Групи здоров`я дітей»**

Місце проведення заняття: міська дитяча клінічна лікарня, відділення СМДКЛ, навчальна кімната.

**АКТУАЛЬНІСТЬ:** однією з основних галузей охорони здоров'я населення України є охорона материнства і дитинства. Лікувально-профілактична допомога дітям − невід'ємна частина цієї галузі, система, яка має забезпечувати організацію медичного спостереження за здоровими дітьми і підлітками та надавати їм кваліфіковану медичну допомогу. Для розуміння основ лікувально-профілактичної роботи необхідно знати особливості структури дитячих лікувально-діагностичних закладів, обсяг і форми роботи дільничного лікаря-педіатра, групи здоров'я дітей, основні статистичні показники.

**ЗАГАЛЬНА МЕТА** − знати організацію медичної допомоги дітям в Україні. Вивчити основні статистичні показники.

**КОНКРЕТНІ ЦІЛІ**

*Студент повинен знати:*

1. Принципи організації і методи лікувально-профілактичної допомоги дітям в Україні.
2. Основні етапи медичного обслуговування дитячого населення в умовах міста і села.
3. Структуру дитячих лікувально-профілактичних закладів, особливості організації їх роботи.
4. Основні функціональні обов'язки педіатра.
5. Диспансерне спостереження і реабілітація дітей в умовах поліклініки.
6. Обсяг і форми роботи лікаря-педіатра.
7. Санітарно-освітню роботу в педіатричній практиці.
8. Основні статистичні показники діяльності дитячих лікувально-профілактичних закладів.
9. Принципи етики і деонтології в клінічній педіатрії.

*Уміти:*

1. Орієнтуватися в структурній організації лікувально-діагностичних дитячих закладів.
2. Оцінити стан здоров'я дитини.
3. Диференціювати основні статистичні показники.
4. Скласти план диспансерного нагляду за дитиною.

**БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ**

**(міждисциплінарна інтеграція)**

|  |  |
| --- | --- |
| Назви попередніх дисциплін | Отримані навички |
| Організація охорони здоров’я  | Принципи організації і методи лікувально-профілактичної допомоги дітям в Україні.Структура дитячих лікувально-профілактичних закладів, особливості організації їх роботи |

**ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ роботи ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТА ДО ЗАНЯТТЯ**

**Теоретичні питання до заняття:**

1. Вивчити етапи медичного обслуговування сільського і міського дитячого населення.

2. Ознайомитися із структурою дитячої лікарні та поліклініки:

а) принципи роботи приймального відділення;

б) принципи роботи реєстратури поліклініки;

в) структура лікувальних відділень;

г) робота допоміжних служб;

ґ) основні функції педіатра;

д) основні форми роботи педіатра.

3. Поняття про здоров'я:

а) визначення ВООЗ;

б) критерії оцінки здоров’я.

4. Вивчити основні статистичні показники діяльності дитячих лікувально-профілактичних закладів:

а) захворюваність;

б) індекс здоров’я;

в) первинна і загальна захворюваність;

г) рівень народжуваності;

ґ) смертність немовлят;

д) якість діагностики на догоспітальному етапі;

е) показник ефективності диспансеризації.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД МАТЕРІАЛУ**

 **Етапи медичного обслуговування дітей:**

1. В умовах міста:

- дільничний лікар-педіатр;

- сімейний лікар;

- консультація спеціалістів вузького профілю та обстеження в діагностичних кабінетах;

-стаціонарне обстеження і лікування в міських лікарнях;

- обласні лікарні;

- республіканські лікарні;

- міжобласні, республіканські спеціалізовані центри.

1. В умовах сільської місцевості:

- фельдшерсько-акушерський пункт;

- сільська амбулаторія;

- дільнична лікарня;

- санаторії матері і дитини;

- пансіонати;

- поліклінічна допомога на курортах.

3. Реабілітаційне лікування дитячого населення – забезпечення медичної допомоги дітям від народження до 18 років.

**Структура дитячих лікувально-діагностичних закладів.**

1. Дитяча поліклініка:

* + реєстратура;
	+ фільтр із боксами та ізолятор;
	+ кабінет здорової дитини;
	+ кабінети педіатрів та інших спеціалістів;
	+ кабінет щеплення;
	+ кабінет інфекційних захворювань;
	+ відділення відновного лікування;
	+ лікувально-діагностичні кабінети: рентген-кабінет, лабораторія, кабінет функціональної діагностики, процедурні;
	+ кабінет медичної статистики;
	+ відділення приймання та виписування хворих.

2. Основні структурні підрозділи стаціонару лікарні:

- лікувальні відділення;

* лікувально-діагностичні відділення;
* допоміжні відділення та служби;
* адміністративно-господарська служба.

3. Види дитячих лікарень:

* багатопрофільні;
* спеціалізовані (інфекційні, туберкульозні,

психіатричні, відновного лікування).

4. Особливість лікувальних відділень у великих стаціонарах:

- для хворих новонароджених дітей;

- спеціалізовані дитячі відділення (отоларингологічне, очне, хірургічне, неврологічне тощо);

- реанімаційне відділення для новонароджених.

5. Особливості організації роботи відділень у дитячих стаціонарах:

- можливість перебування матері з хворою дитиною;

- принцип одночасного заповнення палат;

- передбачення у відділеннях їдалень, кімнат для ігор, шкільних занять;

- наявність педагогів-методистів.

**Робота дільничного педіатра**

**Напрямки і обсяг роботи дільничного педіатра**

|  |  |
| --- | --- |
| Форми роботи | Обсяг |
| 1 | 2 |
| Профілактична робота | Профілактичні заходи з охорони плода і новонародженого. Динамічне спостереження за дітьми І і II груп здоров'я. Профілактика рахіту, гіпотрофії, анемії. Організація раціонального вигодовування. Підготовка дітей до вступу до ДДЗ і школи. Організація комплексних диспансерних оглядів |
| Лікувальна робота | Надання медичної допомоги дітям, які гостро захворіли |
| Організаційна робота | Диспансерне спостереження за дітьми з груп ризику. Аналіз і планування роботи. Робота з медичною документацією. Робота з дільничною медичною сестрою. Контроль за диспансеризацією лікарями-спеціалістами. Планування і проведення профілактичних щеплень |
| 1 | 2 |
| Протиепідемічна робота  | Спостереження за хворими з інфекційною патологією вдома та їх лікування, за необхідності – госпіталізація. Реєстрація інфекційних захворювань (термінове повідомлення в СЕС). Робота у вогнищі інфекції та ізоляція хворих, спостереження за контактними і реконвалесцентами, зняття їх з обліку. Робота з санактивом. Санітарна освіта |
| Санітарно-освітня робота  | Заняття на курсах підвищення кваліфікації. Впровадження передових форм роботи |
| Підвищення кваліфікації | Курси підвищення кваліфікації. Самоосвіта |
| Якість роботи дільничного лікаря-педіатра |
| 1. Розподіл дітей 1-го і 2-го року життя за групами ризику.2. Кількість хворих на диспансерному обліку.3. Процент дітей 1-го року життя, які перебували на грудному вигодовуванні до 4 міс.4. Охоплення дітей профілактичними щепленнями.5. Кількість скарг населення. 6. Розходження діагнозів поліклініки і стаціонару |

**Поняття про здоров'я дітей**

Визначення за ВООЗ: «Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад».

**Критерії оцінки здоров'я:**

- наявність чи відсутність хронічних захворювань;

- досягнутий рівень фізичного (за регіональними даними) та нервово-психічного розвитку;

- ступінь гармонійного розвитку дитини;

- рівень функціонального стану основних систем організму;

- ступінь резистентності організму до несприятливих впливів довкілля.

**Основні статистичні показники діяльності дитячих лікувально-діагностичних закладів:**

**Смертність немовлят =** Кількість дітей, які померли у віці до 1 року в даному році : 2/3 новонароджених, які народилися живими в поточному році + 1/3 н/н, які народилися живими в минулому році· 1000.

**Індекс здоров'я =** Кількість дітей, які не хворіли на 1-му році життя : кількість дітей, які досягли 1-го року життя, · 1000.

Норма − 20−25. Аналогічно вираховують індекс здоров'я для дітей 2-го року життя.

**Народжуваність =** Кількість народжених : середньорічна кількість населення · 1000.

**Первинна захворюваність =** Кількість дітей, які вперше захворіли в поточному році : середньорічна кількість дитячого населення · 1000.

**Загальна захворюваність =** Кількість усіх зареєстрованих хворих дітей у поточному році : середньорічна кількість дитячого населення · 1000.

**Обсяг диспансерного спостереження за дітьми =**

Кількість хворих дітей, які перебувають на диспансерному спостереженні впродовж 1року : середня кількість дітей на дільниці · 1000.

**Ефективність диспансеризації =** Кількість хворих дітей, знятих із диспансерного обліку в зв'язку з покращанням стану здоров'я : кількість хворих дітей, які перебувають на обліку з початку року, · 1000.

Від 20.03.2008р. Наказом Міністерства охорони здоров’я України №149 «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років» клінічний протокол розроблено з метою впровадження уніфікованої системи заходів щодо формування, збереження і зміцнення здоров’я дітей раннього віку.

**АЛГОРИТМ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА**

І етап. Ознайомитись із структурою дитячих лікувально-профілактичних закладів на прикладі дитячої обласної (районної) поліклініки та лікарні.

II етап. У статистично-методичному кабінеті лікарні ознайомитися із звітною документацією лікаря-педіатра, із статистичними звітами роботи лікувально-профілактичних закладів.

III етап. Бесіда з хворою дитиною та її матір'ю, визначення критеріїв оцінки стану здоров'я дитини та її належності до певної групи здоров'я.

**МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

**СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ**

***Задача.*** До стаціонару обласної дитячої лікарні "швидкою допомогою" доставлений хлопчик 7 років з підозрою на гострий апендицит. З анамнезу відомо, що сестра хлопчика в даний момент хвора на вітряну віспу.

*Завдання:* 1. У яке відділення лікарні госпіталізувати хлопчика?

*Еталон відповіді:* 1. У бокс інфекційно-діагностичного відділення, оскільки хлопчик контактний з вітряної віспи.

**Практичне заняття на тему**

**«Організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів. Госпіталізація хворих до дитячої лікарні. Організація роботи приймального відділення. Огляд на педикульоз. Санітарна обробка і транспортування хворих. Організація роботи медичного персоналу дитячого відділення. Медична документація молодшої медичної сестри, правила ведення»**

Місце проведення заняття: міська дитяча клінічна лікарня, відділення СМДКЛ, навчальна кімната. Кількість годин – 4 год.

**АКТУАЛЬНІСТЬ:** підтримання необхідного санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів у дитячих лікувально-профілактичних закладах відіграє вагому роль у догляді за дітьми, запобіганні багатьом захворюванням.

**ЗАГАЛЬНА МЕТА** – вивчити організацію санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів дитячих лікувально-профілактичних закладів, особливості роботи приймального відділення дитячої лікарні.

**КОНКРЕТНІ ЦІЛІ**

*Студент повинен знати:*

1. Правила санітарно-гігієнічного режиму в дитячих лікувальних і профілактичних закладах (загальна гігієна).
2. Основні вимоги до обладнання групових приміщень для дітей (гігієна дітей і підлітків).
3. Особливості санітарно-гігієнічного режиму для дітей різного віку (гігієна дітей і підлітків).
4. Роботу приймального відділення.
5. Принципи санітарної обробки хворих.
6. Правила транспортування хворих.
7. Протиепідемічний режим дитячої лікарні.

*Уміти:*

1. Дотримуватися правил санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів у дитячих лікувально-профілактичних закладах.
2. Організувати санітарно-гігієнічний режим дня для дітей різного віку.
3. Провести санітарну обробку дитини, заходи при виявленні педикульозу.
4. Транспортувати хворих із різною патологією у відділення лікарні.
5. Провести вологе прибирання приміщень, попередньо приготувавши дезінфекційні розчини.

**БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)**

|  |  |
| --- | --- |
| Назви попередніх дисциплін | Отримані навички |
| Загальна гігієна.Гігієна дітей і підлітків.  | Правила санітарно-гігієнічного режиму в дитячих лікувальних і профілактичних закладах.Особливості санітарно- гігієнічно-го режиму для дітей різного віку |

**ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ роботи ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТА ДО ЗАНЯТТЯ**

**І. Теоретичні питання до заняття:**

1. Вивчити санітарно-гігієнічний режим у групових приміщеннях для дітей:

а) складові частини групових приміщень для дітей;

б) освітлення;

в) температура в приміщеннях;

г) вимоги до меблів для дітей;

д) прибирання приміщень.

1. Засвоїти санітарно-гігієнічний режим у дитячій лікарні:

а) відділення для новонароджених дітей;

б) палати для старших дітей;

в) операційний блок;

г) санвузол.

1. Вивчити роботу приймального відділення дитячої лікарні:

а) реєстрація;

б) лікарський огляд;

в) санітарна обробка;

г) заходи при виявленні педикульозу.

1. Вивчити особливості транспортування хворих у відділення:

а) залежно від віку;

б) залежно від тяжкості стану.

1. Засвоїти заходи протиепідемічного режиму дитячої лікарні:

а) огляд хворих;

б) санітарна обробка хворих;

в) виявлення педикульозу та заходи його ліквідації;

г) прибирання приміщень.

**ІІ. Основні накази, що регламентують роботу лікувальних установ:**

1. Наказ МОЗ СРСР № 288 від 23.03.76 «Про санітарно-протиепідемічний режим і охорону праці персоналу педіатричних лікарень (відділень)».
2. Наказ МОЗ України № 38 від 28.03.94 «Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом».
3. Наказ МОЗ СРСР № 916 від 04.08.83 «Про санітарно-протиепідемічний режим і охорону праці персоналу інфекційних лікарень (відділень)».

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД МАТЕРІАЛУ**

І. Санітарно-гігієнічний режим групових приміщень для дітей дошкільних закладів.

|  |  |
| --- | --- |
| Принцип групової ізоляції | У кожній дитячій групі: * окремий вхід і приміщення;
* обладнання;
* персонал
 |
| Склад групового приміщення | * роздягальня;
* ігрова-їдальня;
* спальня-веранда;
* туалетна кімната
 |
| Основні елементи мікроклімату приміщень | * освітлення − природне, штучне;
* вентиляція − найкраще фрамуга;
* площа − 2,2 м2 на кожну дитину;

температурний режим : ігрова, їдальня, ізолятор, медична кімната, туалет − 20−22 °С; спальня, веранда, музична кімната – 18 °С |
| Вимоги до меблів для дітей | * у туалетних кімнатах − розміри меблів відповідають зросту і силі дітей згідно з ГОСТ 19301.1-73 та

 ГОСТ 19301.2-73;* відстань між столами − не менше 0,5 м;
* відстань столів від вікна − 1 м;
* стаціонарні ліжка встановлюють узголів’ям до вікна;
* у роздягальні − індивідуальні шафи з полицями для головних уборів;
* настінні вішалки з індивідуальними рушниками;
* на стінах − барвисті малюнки, доступні розумінню дитини
 |
| Основні правила прибирання приміщень | обов’язкове вологе, при відкритих вікнах, не менше 2 разів на день |
| Санітарна обробка приміщень | Миття: * щоденно − фарбовані підлоги гарячою водою;
* паркет − двічі на місяць;
* фарбовані панелі − 1 раз на 3 дні;
* панелі, підвіконня, двері,

 радіатори − 1 раз на місяць.Протирання:* щоденно − меблі, батареї, ліжка;
* 1 раз на місяць − віконні стекла і світильники.

Генеральне прибирання − 1 раз на місяць |
| Санітарна обробка санвузла | * підлоги миють гарячою водою з лугом, протирають ганчіркою, змоченою 1% розчином хлорного вапна;
* унітази миють лужним мильним розчином або 1% освітленим розчином хлорного вапна; 2 рази на місяць обробляють щіткою, змоченою у 2% розчині хлористоводневої кислоти, ополіскують;

весь інвентар маркований, для кожного приміщення окремий |

ІІ. Санітарно-гігієнічний режим у школах

|  |  |
| --- | --- |
| Організація оточуючого середовища в школах | * навчально-дослідницька зона;
* фізкультурно-спортивна зона;
* зона початкової військової підготовки;
* зона відпочинку;
* господарська зона
 |
| Приміщення школи | * навчальні секції для 1−4-х класів;
* навчальні секції для 5−11-х класів;
* приміщення для трудового навчання і професійної підготовки;
* навчально-спортивне приміщення;
* приміщення культурно-масового призначення;
* приміщення для роботи гуртків;
* приміщення для організації

продовженого дня;приміщення загального призна-чення: актова зала, бібліотека, адміністративно-господарські, медичного обслуговування, санвузли, вестибюль з гардеробом |
| Санітарні правила і норми до навчально-виховних приміщень для учнів 1-х класів | * класна кімната − 2,4 м2 на 1 учня;
* спальна кімната − 2 м2 на 1 учня;
* ігрова кімната − 2 м2 на 1 учня;
* гардероб для верхнього одягу;

столова або окремо виділені столи в загальній обідній залі |
| Гігієнічні вимоги до навчальних меблів і обладнання | * меблі повинні бути зручними, забезпечувати збереження правильної робочої постави;
* меблі підібрані правильно, якщо висота сидіння стільця дорівнює висоті гомілки зі ступнею у взутті, а глибина на 5−6 см менша від довжини стегна;
* висота кришки стола повинна бути на 5−6 см вища від ліктя дитини, яка сидить з опущеними руками;
* стілець повинен бути засунутий за край стола на 4−8 см
 |
| Контроль за санітарним станом школи | * при вході в школу встановлюють решітки для очищення взуття;
* у тамбурі повинні бути коврики і віник;
* застосування змінного взуття;
* температура приміщень:

у класах і кабінетах − 17−21 °С;у майстернях з обробки металуі дерева − 16−18 °С;* у спортивному залі − 15−17 °С;
* у душових − 25 °С;
* в актовій залі − 17−20 °С;
* у спальних приміщеннях − 16−18 °С;
* у вестибюлі та гардеробі − 16−19 °С;
* у санвузлах − 17−21 °С;
* прибирання класів і кабінетів: після останнього уроку і повторно після закінчення підготовки уроків і роботи гуртків; коридори і санвузли прибирають після кожної перерви; ігрові − в кінці дня; столова − після кожного вживання їжі; гардеробні − після початку заняття кожної зміни; актова зала − в кінці дня;
* вологе прибирання спортивної зали проводять не менше 2 разів на день; мати вибивають на відкритому повітрі не рідше 1 разу на тиждень
 |

ІІІ. Санітарно-гігієнічний режим дитячої лікарні

|  |  |
| --- | --- |
| Санітарно-гігієнічний режим палат для новонароджених | * циклічність заповнення палат, палати просторі, світлі, добре провітрювані; 2,5 м на одне ліжко у фізіологічному відділенні; 4,5 м − в обсерваційному відділенні;
* обладнання: функціональні ліжка, бак для брудної білизни, повивальний столик, пристрій для проведення кисневої терапії;
* набір предметів догляду: емальований посуд для сосок, пляшечки, щітки, резинові балони для клізми, шпателі, шприци;
* 3−5 разів на день вологе прибирання із застосуванням дезінфекційних засобів;
* провітрювання кілька разів на день;
* температура повітря 22 °С, відносна вологість повітря 60%;
* протирання ліжечка щоденно 0,5% розчином хлораміну;
* дезінфекція матраців у дезкамері після виписування кожного новонародженого;
* протирання повивального столика 0,5% розчином хлораміну або 3% розчином перекису водню після кожної дитини
 |
| Санітарно-гігієнічний режим палат для старших дітей | * обладнання: ліжка, приліжкові тумбочки або столики, стільці, загальний стіл, вішалка для халатів, бачок для сміття, настінний термометр;
* на кожного хворого в палаті повинно бути 25 м3 повітря, або 7 м2 на одне ліжко, при висоті стіни 3,5 м;
* ліжка розставляють паралельно зовнішній стіні з вікнами; відстань між ліжками близько 1 м; вікна палат орієнтовані на південь або південний схід;
* у плановому порядку 1 раз на тиждень дітей миють під душем або у ванні; після кожного хворого ванну миють і дезінфі-кують розчином хлораміну;
* освітлення палат − електричне і природне, на лампах матові плафони;
* електричні розетки, вимикачі на недоступній для дітей висоті;
* температура повітря 18−20 °С;
* провітрювання: взимку − 2−3 рази на день, влітку − цілодобово;
* прибирання
 |

ІV. Робота приймального відділення

|  |  |
| --- | --- |
| Приміщення приймальноговідділення | - реєстратура;- оглядові кабінети;- санпропускник |
| Відділення  | - ургентна лабораторія;- рентген-кабінет |
| Послідовність роботи приймального відділення | - реєстрація хворих;- лікарський огляд;- санітарна обробка;- оформлення відповідної документації;- транспортування |
| Транспортуван-ня хворих у відділення | - пішки, у супроводі медичного працівника − при легких та середньотяжких формах хвороби;- на руках − дітей перших двох років життя;- на кріслі-каталці − ослаблених хворих; - на носилках, встановлених на каталці − тяжкохворих |
| Заходи протиепідеміч-ного режиму дитячої лікарні | - огляд шкіри, слизових оболонок, термометрія;- огляд для виявлення інфекційних захворювань у боксованих кабінетах;- обробка меблів, предметів огляду кожної дитини дезінфекційним розчином;- виявлення педикульозу;- санітарна обробка хворих;- вологе прибирання приміщення із застосуванням дезінфекційних засобів |
| Санітарна обробка при виявленні педикульозу | - при виявленні вошей голови − обробка волосяної частини одним із засобів: 0,15% розчином водно-емульсійного карбофосу; 5% маззю метилацетофосу; 0,25% водно-емульсійним дикрезилом; 10% водно-мильно-нафтовою емульсією; підігрітим до 27−30 °С столовим оцтом; дустовим милом; 50% мильно-сольвентовою патою: «Нитифор», «Бензил-бензоат», «Лонгацефт», «Педицид», «Пара-плюс» − аерозоль;- при виявленні вошей на тілі та білизні − обробка одягу дезінфекційним розчином: гексахлораном; 0,5% карбофосом; 1% аустофосом; обробка білизни в дезінсекційній камері;- гоління волосся на тілі;- обробка шкіри одним із дезінсек-ційних засобів;- на титульному аркуші медичної картки відмітка «Р+» |

**АЛГОРИТМ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА**

І етап.

1. Ознайомитися з принципом групової ізоляції в дитячих дошкільних закладах.

2. Провести санітарну обробку дитячих групових приміщень.

II етап.

Приготувати дезінфекційні розчини: 1% розчин хлораміну, 0,5% розчин освітленого хлорного вапна.

III етап.

Ознайомитися з роботою приймального відділення дитячої лікарні: реєструвати хворих, провести первинний огляд, термометрію, санітарну обробку, транспортувати хворих у відділення.

**МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

***Задача.*** У приймальному відділенні обласної дитячої лікарні перебуває хлопчик 8 років, направлений на лікування до гастроентерологічного відділення з приводу загострення хронічного холецистохолангіту. При первинному огляді дитини на волоссі голови виявлені гниди.

*Завдання:* 1. Яка санітарна обробка хворого? 2. Які відмітки слід зробити в медичній документації? 3. Які протиепідемічні заходи повинна зробити медсестра приймального відділення?

*Еталон відповіді:* 1. Волосся змочують за допомогою ватної кульки в одному з дезінфекційних розчинів (наприклад, 0,25% водно-емульсійним дикрезилом), накривають хустинкою на 15−20 хв, миють голову теплою водою, ополіскують 6% розчином столового оцту. Волосся підстригають, збирають у спеціальний посуд із кришкою, а потім спалюють. 2. На титульному аркуші медичної картки ставлять відмітку «Р+». 3. Відправляють повідомлення в СЕС за місцем проживання дитини.

**Практичне заняття до теми**

**«Організація роботи медичного персоналу дитячого відділення. Медична документація, правила ведення»**

Місце проведення заняття: міська дитяча клінічна лікарня, відділення СМДКЛ, навчальна кімната. Кількість годин – 4 год.

**АКТУАЛЬНІСТЬ:** принципи організації роботи дитячого відділення, підтримання необхідного санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів у дитячих лікувально-профілактичних закладах відіграють важливу роль у догляді за дітьми, їх лікуванні та запобіганні багатьом захворюванням.

**ЗАГАЛЬНА МЕТА** – вивчити організацію санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів дитячих лікувально-профілактичних закладів, особливості роботи педіатричного відділення дитячої лікарні.

**КОНКРЕТНІ ЦІЛІ**

*Студент повинен знати:*

1. Правила санітарно-гігієнічного режиму в дитячих лікувально-профілактичних закладах.
2. Основні вимоги до обладнання групових приміщень для дітей.
3. Особливості санітарно-гігієнічного режиму для дітей різного віку.
4. Протиепідемічний режим педіатричного відділення.
5. Роботу молодшої медичної сестри дитячого відділення та санітарки.
6. Основну документацію педіатричного відділення.

*Уміти:*

1. Дотримуватися правил санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів у дитячих лікувально-профілактичних закладах.
2. Організувати санітарно-гігієнічний режим дня для дітей різного віку.
3. Провести вологе прибирання приміщень.
4. Приготувати дезінфекційні розчини.
5. Правильно заповнювати медичну документацію.

**БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Назви попередніх дисциплін | Отримані навички |
| Загальна гігієна.Гігієна дітей і підлітків  | Правила санітарно-гігієнічного режиму в дитячих лікувальних і профілактичних закладах.Особливості санітарно-гігієнічного режиму для дітей різного віку |

**ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТА ДО ЗАНЯТТЯ**

**Теоретичні питання до заняття:**

1. Вивчити основні функціональні обов’язки молодшої медичної сестри та санітарки педіатричного відділення.

2. Вивчити санітарно-гігієнічний режим відділень дитячої лікарні:

а) відділення для новонароджених дітей;

б) палати для старших дітей;

г) санвузол.

3. Засвоїти заходи протиепідемічного режиму дитячої лікарні:

а) огляд хворих;

б) санітарна обробка хворих;

в) виявлення педикульозу та заходи його ліквідації;

г) прибирання приміщень.

4. Вивчити основну документацію педіатричного відділення.

5. Основні накази, що регламентують роботу лікувальних установ:

* наказ МОЗ СРСР № 288 від 23.03.76 «Про санітарно-протиепідемічний режим і охорону праці персоналу педіатричних лікарень (відділень)»;
* наказ МОЗ СРСР № 916 від 04.08.83 «Про санітарно-протиепідемічний режим і охорону праці персоналу інфекційних лікарень (відділень)».

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД МАТЕРІАЛУ**

**Посадова інструкція молодшої медичної сестри з догляду за хворими**

**I. Загальна частина**

На посаду молодшої медичної сестри призначається особа, яка закінчила курси молодших медичних сестер з догляду за хворими.

Призначається і звільняється головним лікарем лікарні відповідно до чинного законодавства.

Безпосередньо підпорядковується палатній медичній сестрі. У своїй роботі керується розпорядженнями вищих посадових осіб та цією інструкцією.

**II. Обов'язки**

1. Допомагає палатній медичній сестрі з догляду за хворими.

2. Забезпечує утримання в чистоті й охайності хворих і приміщень.

3. Проводить зміну натільної і постільної білизни.

4. Систематично проводить вологе прибирання приміщень і провітрює палати.

5. Бере участь у транспортуванні тяжкохворих.

6. Стежить за виконанням хворими і відвідувачами режиму дня відділення.

7. Забезпечує правильне використання і зберігання предметів догляду за хворими.

8. Бере участь у заняттях із санітарно-технічного мінімуму.

**III. Права**

Молодша медична сестра з догляду за хворими має право:

1. Вносити пропозиції керівництву відділення з поліпшення організації умов своєї праці.

2. Отримувати інформацію, необхідну для виконання своїх обов'язків.

**IV. Відповідальність**

Несе відповідальність за нечітке або несвоєчасне виконання обов'язків, передбачених цією інструкцією і правилами внутрішнього трудового розпорядку лікарні.

**Посадова інструкція молодшої медичної сестри -прибиральниці відділення**

**I. Загальна частина**

На посаду санітарки-прибиральниці призначається особа, яка пройшла індивідуальне навчання. Призначається і звільняється головним лікарем лікарні відповідно до чинного законодавства.

Безпосередньо підпорядковується старшій медичній сестрі та сестрі-хазяйці відділення.

У своїй роботі керується розпорядженнями вищих посадових осіб, цією інструкцією.

**II. Обов'язки**

1. Проводить прибирання приміщень відповідно до встановлених правил.

2. Допомагає старшій медичній сестрі при отриманні медикаментів, інструментів, обладнання і доставці їх у відділення.

3. Отримує у сестри-хазяйки і забезпечує правильне зберігання і використання натільної білизни, господарського інвентарю та мийних засобів.

4. Доповідає медичній сестрі відділення про всі зміни в стані хворих, про їх скарги, про порушення хворими режиму дня відділення.

5. Прибирає приліжкові столики у лежачих хворих після кожного приймання їжі.

6. При виявленні у хворого інфекційного захворювання проводить поточну і остаточну дезінфекції.

7. Стежить за дотриманням хворими правил особистої гігієни: умиває, підмиває, причісує і стриже нігті хворим, які не можуть цього зробити через свій фізичний стан.

8. Здійснює підготовку приміщення і ванн.

9. Систематично (після кожного хворого) здійснює санітарно-гігієнічну обробку ванни і губок.

10. Надає допомогу хворим під час приймання гігієнічної ванни, роздягання та одягання хворого.

11. За відсутності молодшої медичної сестри з догляду за хворими отримує у сестри-хазяйки натільну та постільну білизну і проводить її зміну.

12. Дотримується техніки безпеки.

13. За вказівкою палатної медичної сестри відділення супроводить хворих у лікувально-діагностичні кабінети.

14. Виконує функції кур'єра.

15. Негайно повідомляє сестрі-хазяйці про помічені недоліки в роботі систем опалення, водопостачання, каналізації, електроприладів та ін.

16. Бере участь у заняттях із санітарно-технічного мінімуму та підвищення кваліфікації, що проводяться у відділенні для молодшого медичного персоналу.

**III. Права**

Санітарка відділення має право:

1. Отримувати інформацію, необхідну для виконання своїх обов'язків.

2. Вносити пропозиції керівництву відділення щодо поліпшення організації та умов своєї праці.

**IV. Відповідальність**

Несе відповідальність за нечітке або несвоєчасне виконання обов'язків, передбачених цією інструкцією і правилами внутрішнього трудового розпорядку лікарні.

**Посадова інструкція молодшої медичної сестри процедурного кабінету (відділення)**

**I. Загальна частина**

На посаду санітарки процедурного кабінету призначається особа, яка пройшла індивідуальне навчання.

Призначається і звільняється головним лікарем лікарні відповідно до чинного законодавства. Безпосередньо підпорядковується медсестрі процедурного кабінету.

У своїй роботі керується розпорядженнями вищих посадових осіб, цією інструкцією.

**II. Обов'язки**

1. Проводить прибирання процедурного кабінету відповідно до встановлених правил.

2. Допомагає медсестрі процедурного кабінету при отриманні медикаментів, інструментарію та доставки їх у кабінет.

3. Отримує у сестри-хазяйки і забезпечує правильне зберігання та використання господарського інвентарю, мийних та дезінфекційних засобів.

4. При виявленні у відділенні хворого з інфекційним захворюванням проводить у процедурному кабінеті поточну та остаточну дезінфекції.

5. За вказівкою медсестри процедурного кабінету супроводжує хворих у палати.

6. Негайно повідомляє сестрі-хазяйці про помічені недоліки в системі опалення, водопостачання, каналізації, в електроприладах і т. п.

7. Бере участь у заняттях із сантехмінімуму та підвищення кваліфікації, що проводяться у відділенні для молодшого медичного персоналу.

**III. Права**

Санітарка процедурного кабінету має право:

1. Отримувати інформацію, необхідну для виконання своїх обов'язків.

2. Вносити пропозиції керівництву відділення з поліпшення організації умов своєї праці.

**IV. Відповідальність**

Несе відповідальність за нечітке або несвоєчасне виконання обов'язків, передбачених цією інструкцією і правилами внутрішнього трудового розпорядку.

**САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНИЙ РЕЖИМ У ВІДДІЛЕННЯХ**

Перед госпіталізацією хворого у палаті ліжко, приліжкову тумбочку, підставку для підкладного судна протирають ганчіркою, змоченою дезінфекційним розчином. Ліжко застилають постільними речами, що пройшли камерну обробку за режимом для вегетативних форм.

Хворому виділяють індивідуальні предмети догляду: плювальницю, поїльник, кухоль або стакан, підкладне судно і та ін., які після використання ретельно миють. Після виписування хворого предмети індивідуального догляду піддають знезараженню.

При госпіталізації до лікарні хворому надають право взяти в палату предмети особистої гігієни.

Хворих із педикульозом, первинно оброблених у приймальному покої, беруть під особливий нагляд і піддають повторній обробці у відділенні до повного знищення вошей.

Кожен хворий приймає у відділенні гігієнічну ванну не рідше одного разу на 7−10 днів (якщо немає до цього медичних протипоказань).

Зміну натільної і постільної білизни проводять не рідше одного разу на 7−10 днів після проходження ванни і, крім того, білизну змінюють кожного разу у випадку забруднення.

При зміні натільної і постільної білизни її ретельно збирають у мішки з бавовняної тканини або в посудину з кришкою. Забороняється скидати використану білизну на підлогу. Сортування і розбирання брудної білизни проводять у спеціально виділеному приміщенні. Після зміни білизни підлогу і предмети в палаті протирають ганчіркою, змоченою в дезрозчині.

Хворих забезпечують безкоштовно послугами перукаря:

а) гоління не рідше 2 разів на тиждень;

б) підстригання волосся за показаннями.

Контроль за виконанням необхідного режиму перукарем здійснює старша медична сестра відділення.

Щодня вранці та ввечері перед сном хворі повинні вмиватися. Перед кожним прийомом їжі хворі обов'язково миють руки. Для тяжких і лежачих хворих умивання організовують біля ліжка хворого. Тяжким хворим щоденно забезпечують догляд за порожниною рота.

Хворим забороняється користуватися для сидіння ліжками сусідніх хворих; відвідувачам не дозволяють сидіти на ліжках хворих, палати повинні бути забезпечені стільцями.

Провітрювання палат проводять не рідше чотирьох разів на день.

Установлена для лікарні післяобідня тиха година повинна суворо дотримуватися всіма хворими і не порушуватися персоналом лікарні (відділення).

У відділеннях лікарень необхідно суворо дотримуватися охоронного режиму і розпорядку дня: неприпустимі гучні розмови хворих та персоналу, прибирання приміщень у ранкові та пізні вечірні години. Вихід хворих в інші відділення забороняється.

Одяг перед передачею його від хворого до іншого хворого піддають камерній обробці.

Виписування хворих проводять в окремому приміщенні.

Тапочки та інше взуття, що було використане, протирають тампоном, змоченим 25% розчином формаліну або 40% розчином оцтової кислоти. Потім взуття упаковують в поліетиленовий пакет на 3 години, після чого виймають і провітрюють впродовж 10−12 годин до зникнення запаху препарату.

Обробку рук обслуговуючого персоналу проводять згідно з наказом МОЗ України № 798 від 21.10.10 року.

Хірургічну дезінфекцію рук, підготовку операційного поля, підготовку хірургічних інструментів до оперативних втручань, стерилізацію хірургічного інструментарію, гумових рукавичок, перев'язувального матеріалу та хірургічної білизни здійснюють відповідно до вимог "Тимчасових методичних рекомендацій з організації та проведення комплексу санітарно-гігієнічних заходів у відділеннях, лікарнях, клініках та інститутах хірургічного профілю".

У відділеннях дотримуються зразкового порядку та чистоти. Прибирання проводять не рідше 2 разів на день вологим способом із застосуванням дезінфекційних засобів.

Прибиральний інвентар (відра, ганчірки, щітки тощо) маркують і застосовують роздільно для вбиралень, палат, ванних та інших приміщень відділення.

Маркований прибиральний інвентар зберігають у чітко встановлених місцях і використовують тільки за прямим призначенням. Використання цього інвентарю для інших цілей або для прибирання інших приміщень забороняється. Після використання прибиральний матеріал знезаражують замочуванням на 60 хвилин у 1% розчині хлораміну або 0,5% освітленому розчині хлорного вапна.

Медичні огляди та обстеження персоналу відділень проводять відповідно до чинної інструкції про обов'язкові медичні огляди.

При появі внутрішньолікарняних інфекцій у госпіталізованих осіб проводиться позачерговий медичний огляд усього персоналу.

*Виявлення хворих, підозрілих на інфекційні захворювання:* у всіх лікарнях забезпечується проведення заходів щодо виявлення інфекційних хворих, для чого запроваджується суворий облік усіх хворих із лихоманкою, у яких період підвищення температури (37,5 °С і вище) триває 5 діб і більше; забір кров для проведення бактеріологічних досліджень (тифопаратифозні, рикетсіозні та інші інфекції).

**Примітка.** У всіх хворих, у яких спостерігається лихоманка, − громадян, які приїхали з тропіків, впродовж 2 років після повернення, незалежно від первинного діагнозу, обов'язково досліджувати кров (товста крапля, мазок) на наявність паразитів малярії:

* при захворюваннях із триваючими періодичними підвищеннями температури, незважаючи на проведене відповідно до установленого діагнозу лікування;
* при будь-якому захворюванні, що супроводжується підвищенням температури, з неустановленим впродовж перших п'яти діб діагнозом;
* при підвищенні температури, що розвинулася впродовж найближчих трьох місяців після переливання крові;
* при будь-якому захворюванні, що супроводжується підвищенням температури у осіб, які мають в анамнезі захворювання на малярію впродовж останніх двох років;

- при збільшенні печінки і (або) селезінки, анемії нез’ясованої етіології.

При виявленні хворих із наявністю дисфункції кишечнику забезпечується бактеріологічне обстеження для встановлення природи захворювання.

Зазначеним хворим із підозрою на гострі кишкові захворювання забороняється користування загальною вбиральнею; останні забезпечуються індивідуальними суднами.

При виявленні хворого, підозрілого на інфекційне захворювання, слід негайно ізолювати його в окрему палату або ізолятор до переведення в інфекційну лікарню.

У палаті (відділенні), де виявлений хворий, проводяться необхідні протиепідемічні заходи з дезінфекцією приміщення та інвентарю.

Встановлюється спостереження за контактними на час інкубаційного періоду і при виписуванні з лікарні, про контактних повідомити в СЕС за місцем проживання хворого.

**Санітарно-гігієнічний режим палат для новонароджених:**

* циклічність заповнення палат, палати просторі, світлі, добре провітрювані; 2,5 м на одне ліжко у фізіологічному відділенні; 4,5 м − в обсерваційному відділенні;
* обладнання: функціональні ліжка, бак для брудної білизни, повивальний столик, пристрій для проведення кисневої терапії;
* набір предметів догляду: емальований посуд для сосок, пляшечки, щітки, резинові балони для клізми, шпателі, шприци;
* 3−5 разів на день вологе прибирання із застосуванням дезінфекційних засобів;
* провітрювання кілька разів на день;
* температура повітря 22 °С, відносна вологість повітря 60%;
* протирання ліжечка щоденно 0,5% розчином хлораміну;
* дезінфекція матраців у дезкамері після виписування кожного новонародженого;
* протирання повивального столика 0,5% розчином хлораміну або 3% розчином перекису водню після кожної дитини.

**Санітарно-гігієнічний режим палат для старших дітей:**

* обладнання: ліжка, приліжкові тумбочки або столики, стільці, загальний стіл, вішалка для халатів, бачок для сміття, настінний термометр;
* на кожного хворого в палаті повинно бути 25 м3 повітря, або 7 м2 на одне ліжко, при висоті стіни 3,5 м;
* ліжка розставляють паралельно зовнішній стіні з вікнами; відстань між ліжками близько 1 м; вікна палат орієнтовані на південь або південний схід;
* у плановому порядку 1 раз на тиждень дітей миють під душем або у ванні; після кожного хворого ванну миють і дезінфікують розчином хлораміну;
* освітлення палат − електричне і природне, на лампах − матові плафони;
* електричні розетки, вимикачі на недоступній для дітей висоті;
* температура повітря 18−20 °С;
* провітрювання: взимку − 2−3 рази на день, влітку − цілодобово;
* прибирання 2 рази на добу.

**Санітарна обробка санвузла:**

* підлоги миють гарячою водою з лугом, протирають ганчіркою, змоченою 1% розчином хлорного вапна;
* унітази миють лужним мильним розчином або 1% освітленим розчином хлорного вапна; 2 рази на місяць обробляють щіткою, змоченою у 2% розчині хлористоводневої кислоти, ополіскують;
* весь інвентар маркований, для кожного приміщення окремий.

**ОСНОВНА МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ДИТЯЧОГО ВІДДІЛЕННЯ**

* Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару;
* Медична картка стаціонарного хворого;
* Температурний листок;
* Історія розвитку дитини;
* Виписка із медичної карти амбулаторного, (стаціонарного) хворого;
* Статистичний талон для реєстрації остаточних (уточнених) діагнозів;
* Журнал обліку маніпуляцій та процедур.

**Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару, форма № 007/о,** заповнюється в кожному відділенні, виділеному в складі лікарні відповідно з кошторисом і наказом вищого органу охорони здоров’я.

У відділеннях, які мають у своєму складі виділені наказом у лікарні ліжка вузького профілю (наприклад, онкологічні ліжка в складі хірургічного або гінекологічного відділення тощо), у листку записуються першим рядком відомості про кількість ліжок і рух хворих у цілому у відділенні (включно і відомості про ліжка вузьких спеціальностей); у наступних рядках зазначаються дані щодо ліжок і руху хворих за вузькими спеціальностями.

**Медична картка стаціонарного хворого (форма № 003/о)** є основним медичним документом стаціонару, який заповнюється на кожного хворого. Ведеться в усіх лікарнях, стаціонарах диспансерів, клініках ВНЗ та НДІ, а також санаторіях.

Медична картка стаціонарного хворого вміщує всі необхідні дані, які характеризують стан хворого впродовж усього періоду перебування в стаціонарі, організацію його лікування, дані об’єктивних обстежень та призначень.

Дані медичної картки стаціонарного хворого дають можливість контролювати правильність організації лікувального процесу і використовуються для видачі довідкового матеріалу за запитами відомчих закладів (суд, прокуратура, експертиза тощо).

Паспортна частина, діагноз лікувального закладу, який направив хворого, діагноз при госпіталізації хворого заповнюються в приймальному відділенні.

Лікарем приймального відділення заповнюється також спеціально відведений листок “Запис лікаря приймального відділення”, в якому коротко зазначаються дані анамнезу хвороби та життя, об’єктивний стан хворого.

Інші записи у медичній картці, включаючи і клінічний діагноз, заповнює лікар-куратор. Якщо хворому проведено хірургічне втручання, то на другій сторінці медичної картки стаціонарного хворого зазначають дату (місяць, число, години) операції, її назву, метод знеболювання та ускладнення. Докладний опис операції проводиться в “Журналі запису оперативних втручань у стаціонарі” (форма № 008/о).

При виписуванні або смерті хворого зазначають кількість проведених ліжко-днів, при цьому день госпіталізації і день виписування (смерті) вважаються як один день.

У період перебування хворого в стаціонарі картка зберігається в папці лікаря-куратора. Лікар проводить щоденні записи у формі № 003/о про стан здоров’я та лікування хворого. Призначення записуються в щоденнику картки та листку лікарських призначень. На температурному листку (форма № 004/о) палатна сестра графічно відображає температуру, пульс, дихання хворого тощо.

При виписуванні (смерті) хворого лікар-куратор складає епікриз, в якому коротко резюмує дані про стан хворого при госпіталізації та виписуванні (смерті), записує дані, обґрунтовує клінічний діагноз, зазначає проведені лікувальні заходи та їх ефективність, рекомендації щодо подальшого лікування і режиму хворого.

У разі смерті хворого лікар-куратор складає посмертний епікриз. Патологоанатом заповнює “Виписку з протоколу патологоанатомічного обстеження”. Основний клінічний та патологоанатомічний діагнози повинні бути закодовані лікарем-куратором.

Медичну картку стаціонарного хворого підписують лікар-куратор та завідувач відділення. На підставі даних медичної картки стаціонарного хворого складають “Статистичну картку хворого, який вибув із стаціонару” (форма № 066/о), після чого медичну картку передають до кабінету статистики для обробки, а потім − до архіву закладу.

**Примітка**. За наявності у хворого побічної дії лікарських засобів лікар-куратор повинен обов’язково зазначити результат побічної дії у формі № 003/о як основний, супутній діагноз або ускладнення основного захворювання, а після виписування (смерті) хворого аналогічний запис зробити у формі № 066/о “Статистична картка хворого, який вибув із стаціонару“.

Термін зберігання – 25 років.

Температурний листок (форма № 004/о) є оперативним документом для графічного зображення деяких основних даних, що характеризують стан здоров’я хворого: пульс, артеріальний тиск, температуру тощо.

Щоденно лікар-куратор записує в медичній картці стаціонарного хворого (історії пологів, картці розвитку новонародженого) дані про стан хворого (роділлі, породіллі, новонародженого). Палатна медична сестра переносить дані про температуру, пульс, артеріальний тиск, дихання в температурний листок і викреслює відповідні криві щодо цих показників.

Крім того, в температурний листок заносять частоту дихання, вагу, кількість випитої рідини, добову кількість сечі, випорожнення, кількість ванн.

Після виписування (смерті) хворого із стаціонару температурний листок підклеюють до медичної картки стаціонарного хворого (форма № 003/о) і зберігають разом із нею впродовж 25 років.

**“Історія розвитку дитини” (форма № 112/о)** є основним медичним документом дитячої поліклініки, дитячих садків, будинків дитини. Форма призначена для ведення записів щодо розвитку і стану здоров’я дитини, його медичного обслуговування від народження до 15 років включно (школярам – до закінчення середньої школи).

Історія розвитку дитини заповнюється на кожну дитину при взятті її на облік: у дитячій поліклініці – при першому патронажі (виклику додому) або при першому зверненні в поліклініку; в дитячих садках і будинках дитини – з моменту прибуття дитини до дошкільного закладу.

Паспортна частина історії розвитку дитини, в тому числі відомості про склад сім’ї, заповнюється в реєстратурі поліклініки при взятті дитини на облік на підставі даних пологового будинку, пологового відділення лікарні про новонародженого (форма № 113/о) “Обмінна картка пологового будинку (пологового відділення лікарні)” або “Медичного свідоцтва про народження” (форма № 103/о) і опитування батьків.

Відсутність медичного свідоцтва про народження або даних про приписку не є підставою для відмовлення в обслуговуванні дитини.

У дитячих садках, будинках дитини паспортна частина заповнюється медичною сестрою.

Медична сестра (в дитячій поліклініці – дільнична) заповнює також розділ “Дані про сім’ю” при першому відвідуванні дитини вдома або при першому зверненні до дитячої поліклініки в частині, що стосується наявності хронічних захворювань у сім’ї. Для реєстрації даних поточного нагляду за дитиною патронажною медичною сестрою розрахований останній розділ історії розвитку дитини “Листок поточних спостережень дитини патронажною сестрою”.

Усі інші записи “Листок для запису остаточних (уточнених) діагнозів”, “Облік рентгенологічних досліджень”, “Первинний лікарський патронаж до новонародженого”, “Етапні епікризи”, “Профілактичні огляди і результати оглядів дитини 2-го, 3-го, з 3 до 7 років” проводяться лікарями. Усі записи, зроблені лікарями, повинні бути ними підписані.

Історії розвитку дитини зберігаються в картотеці реєстратури за роками народження і передаються лікарю в день відвідування дитиною поліклініки або при відвідуванні лікарем дитини вдома.

Історії розвитку дитини на дітей до 1 року, як правило, зберігаються в кабінеті дільничного лікаря для оперативного використання їх із метою забезпечення систематичного нагляду за дитиною і своєчасного проведення профілактичних засобів.

Коли дитина вибуває з-під нагляду даної дитячої поліклініки, на титульному аркуші “Історії розвитку дитини” в пункті 7 роблять відповідну відмітку: зазначають дату зняття з обліку і причину (переїзд, смерть, вибув(ла) із дитячого закладу). При переїзді обов’язково зазначають : куди вибув (адресу). У такому разі з метою забезпечення послідовності в нагляді за дитиною “Історія розвитку дитини” відповідно до запитів з нового місця проживання повинна передаватися до відповідної дитячої поліклініки. За відсутності запиту “Історія розвитку дитини” зберігається в картотеці реєстратури 3 роки, а потім здається в архів.

При досягненні дитиною 15-річного віку (або після закінчення школи) “Історія розвитку дитини” замінюється на форму № 025-ю, яка потім (після досягнення 18 – річчя) передається до поліклініки для дорослих за місцем проживання.

“Історія розвитку дитини” є не тільки медичним, але й юридичним документом. У ній не дозволяють робити підчищення, закреслювання, зміни і доповнення в записах поточних наглядів.

**Статистичний талон для реєстрації остаточних (уточнених) діагнозів (форма № 025-2/о)** заповнюють у міських та сільських поліклініках (амбулаторіях) для дорослих і дітей та жіночих консультаціях.

**Примітка.** У спеціалізованих закладах (психоневрологічних, онкологічних, протитубер-кульозних диспансерах) статистичний талон не заповнюють, а облік захворюваності в даних закладах проводять за повідомленнями (форми № 089/о, № 090/о) і на підставі “Контрольних карток диспансерного обліку” (форми № 030-1/о, № 030-4/о, № 030-6/о). У шкірно-венерологічних закладах форма № 025-2/о ведеться тільки на хворих із шкірними захворюваннями.

У жіночих консультаціях статистичні талони заповнюються на всі гінекологічні захворювання та ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду.

У стоматологічних закладах, відділеннях, кабінетах заповнюються статистичні талони на захворювання слизової оболонки порожнини рота та губ.

Не заповнюється статистичний талон у консультативних поліклініках, діагностичних центрах, оскільки облік захворюваності проводять за місцем проживання хворого.

Статистичний талон заповнюється на підставі записів у “Листку остаточних (уточнених) діагнозів” “Медичної картки амбулаторного хворого” (форма № 025/о) на всі захворювання і травми, крім інфекційних захворювань, які враховуються за повідомленням (форма № 058/о). Виняток складають гострі респіраторні вірусні інфекції та грип, на які обов’язково заповнюється форма № 025-2/о. Крім того, форма № 025-2/о заповнюється на підставі листка “Сигнальні позначки” “Медичної картки амбулаторного хворого” (форма № 025/о) за наявності у хворого захворювань та станів, обумовлених побічною реакцією (дією) лікарських препаратів. Зазначені негативні реакції на лікарські засоби необхідно вписувати як основне, супутнє або ускладнення основного захворювання, і такі статистичні талони підлягають подвійному кодуванню та кольоровому маркуванню останніх. Негативні (побічні дії) деяких лікарських засобів передбачені в окремих класах хвороб (рубрики: А00-R95, T80.5.6, T88.2, T88.6 тощо). Крім того, побічна дія лікарських засобів кодується додатковими рубриками Y40-Y59.

Залежно від системи організації роботи в поліклініці талон заповнюється після закінчення прийому лікарями або медичними сестрами за вказівкою лікаря або централізовано, коли статистичні талони заповнюються статистиком на підставі запису в “Медичній картці амбулаторного хворого”.

На всі гострі захворювання (грип, пневмонія, ГРВІ, ангіна тощо) і на вперше зареєстровані хронічні захворювання в даному звітному році статистичні талони виписуються тільки із знаком плюс (+); якщо у хворого діагностовано одноразово декілька захворювань, то на кожне із захворювань статистичний талон заповнюється окремо.

На хронічні захворювання, зареєстровані в попередні роки, статистичний талон заповнюється при першому звертанні хворого в даному звітному році із знаком мінус (–) один раз на рік.

Статистичні талони на хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу, зберігаються за лікарськими дільницями: терапевтичними, педіатричними.

На підставі статистичних талонів щоквартально заповнюється “Зведена відомість обліку захворювань, зареєстрованих у даному лікувальному закладі, для дорослого і дитячого населення” (форми № 071/о, № 071-1/о) і “Зведена відомість уперше зареєстрованих травм та отруєнь” (форма № 071-2/о).

Виписка із медичної карти амбулаторного, (стаціонарного) хворого (форма № 027/о) заповнюється амбулаторно-поліклінічними закладами при направленні хворого на стаціонарне лікування і стаціонарами всіх профілів при виписуванні (або у випадку смерті) хворого.

Виписка служить для взаємної інформації амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів щодо діагнозу, перебігу захворювання, стану хворого при направленні (виписування), про проведені дослідження, лікування, лікувальні та інші рекомендації хворому.

Форма № 027/о видається на руки хворому або пересилається поштою. Термін зберігання – 3 роки.

Журнал обліку процедур (форма № 029/о)

“Журнал обліку процедур” є оперативним документом і служить для реєстрації медичних процедур, які проводяться хворому.

Журнали заповнюються медичними сестрами в усіх кабінетах поліклініки, де проводяться процедури, а також у відділеннях стаціонару.

Термін зберігання – 1 рік після звітного періоду.

**АЛГОРИТМ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА**

І етап.

1. Ознайомитися з посадовими інструкціями молодшої медичної сестри та санітарки дитячого відділення.

2. Ознайомитись із санітарно-гігієнічним режимом дитячого відділення.

3. Ознайомитись із основною медичною документацією дитячого відділення.

II етап.

Приготувати дезінфекційні розчини: 1% розчин хлораміну, 0,5% розчин освітленого хлорного вапна.

III етап.

Ознайомитися з роботою дитячого відділення лікарні: реєструвати хворих, проводити первинний огляд, санітарну обробку, проводити поточну та остаточну дезінфекцію палати, працювати з документацією.

**Практичне заняття до теми**

**«Особиста гігієна персоналу та пацієнтів. Туалет дитини, особливості гігієни дівчаток. Гігієнічні та лікувальні ванни. Догляд за хворими дітьми»**

Місце проведення заняття: міська дитяча клінічна лікарня, відділення СМДКЛ, навчальна кімната. Кількість годин – 4 год.

**АКТУАЛЬНІСТЬ:** кожен медичний працівник повинен дотримуватися правил особистої гігієни. Здоров'я і правильний розвиток дитини залежать від оптимального гігієнічного догляду за нею.

Лікувальні ванни є обов'язковим компонентом терапії деяких захворювань. Ефективність ванн залежить від збереження методики їх виконання.

**ЗАГАЛЬНА МЕТА** − знати правила особистої гігієни персоналу. Вміти доглядати за дітьми раннього віку. Засвоїти методику проведення гігієнічної та лікувальних ванн.

**КОНКРЕТНІ ЦІЛІ**

*Уміти:*

1. Дотримуватися особистої гігієни.

2. Проводити заміну постільної та натільної білизни тяжкохворим.

3. Здійснювати догляд за шкірою дітей.

4. Проводити туалет зовнішніх статевих органів.

5. Проводити туалет носа, очей і вух дитини раннього віку.

6. Сповивати новонароджених.

7. Проводити санітарну обробку ванни.

8. Проводити гігієнічну ванну.

9. Проводити лікувальну ванну.

10.Організовувати заходи профілактики пролежнів.

**БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Назви попередніх дисциплін | Отримані навички |
| Загальна гігієна.Догляд за хворими | Правила особистої гігієни.Особливості догляду за шкірою та слизовими дітей різного віку |

**ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТА ДО ЗАНЯТТЯ**

**Теоретичні питання до заняття:**

1. Вивчити правила особистої гігієни персоналу дитячих закладів:

а) загальний вигляд медперсоналу;

б) догляд за руками;

в) спецодяг медпрацівника;

г) стан його здоров'я.

2. Вивчити особливості догляду за шкірою дітей різного віку:

а) підмивання дітей;

б) туалет носа, вух;

в) догляд за нігтями;

г) догляд за волосяною частиною голови;

ґ) догляд за очима .

3. Вивчити способи заміни постільної та натільної білизни.

4. Вивчити методику проведення гігієнічної ванни:

а) вимоги до ванної кімнати;

б) підготовка ванни до купання;

в) значення гігієнічної ванни;

г) частота проведення ;

ґ) протипоказання;

д) методика проведення.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД МАТЕРІАЛУ**

**Правила особистої гігієни медичного персоналу:**

Обов'язковий медичний огляд перед влаштуванням на роботу і періодично під час роботи, а саме:

- огляд спеціалістами (терапевт, дерматовенеролог, фтизіатр, гінеколог, стоматолог) – 2 рази на рік;

- обов'язкові обстеження на кишкове, дифтерійне і стафілококове бацилоносійство, гельмінтози − 2 рази на рік;

- рентгенографія (флюорографія) органів грудної клітки − 1 раз на рік.

Постійне дотримування правил особистої гігієни − перед початком робочої зміни на руках не повинно бути гнійників, порізів; повинні бути коротко підстрижені нігті, чисті руки та ін.

За наявності гнійничкових захворювань шкіри, ГРВІ, порушень функції травного каналу, інших відхилень працівника не допускають до роботи до повного видужання. Виявлені бактеріоносії також до роботи не допускаються і проходять санацію.

Обов’язкова наявність спецодягу (халати, шапочка, взуття, маска з 4 шарів марлі, яка змінюється кожні 4 години).

**Туалет сечостатевих органів**

**Мета** − дотримання особистої гігієни дитини.

Для виконання туалету необхідні клейонка з пелюшкою або вологостійка пелюшка; судно, краще − два (може бути гумовим, емальованим, пластмасовим, фаянсовим); посудина для води або асептичного розчину; вода або асептичний розчин, t − 40 °C; за необхідності − фартух; маска, рукавички; посудина зі стерильним корнцангом; стерильний лоток зі стерильною серветкою чи ватно-марлевим тампоном.

***Послідовність дій:***

1. Змініть рукавички після подання судна пацієнтові, вимийте і висушіть руки, надіньте нові стерильні рукавички. Якщо ж ця маніпуляція проводиться самостійно перед іншою, то повністю приготуйтеся заздалегідь, а рукавички надіньте в палаті безпосередньо перед проведенням туалету сечостатевих органів.

Положення дитини − "на спині" із зігнутими в колінах ногами.

2. У ліву руку візьміть посудину з водою (t − 40 °С) або асептичним розчином, а в праву руку − корнцанг із ватно-марлевим середнім або великим тампоном.

3. Лийте воду (розчин) на серветку (тампон), так щоб уникнути розбризкування, посудину тримайте на досить низькому рівні і промивайте тільки в одному напрямку зверху вниз до анального отвору і обов’язково після цього змініть тампон (серветку) на новий.

Спочатку промийте пахові складки у напрямку тільки зверху вниз до анального отвору, змініть серветки (тампон), потім промийте лобок і великі статеві губи в напрямку тільки зверху вниз, до анального отвору. Змініть тампон, потім промийте складочки між великими і малими статевими губами і малі статеві губи до анального отвору. Змініть тампон. В останню чергу промийте складочку між клітором, вхід у піхву.

Якщо вхід у піхву зяє, то перед початком підмивання або спринцювання його тампонують (так само діють у період "місячних"у дівчат старшого віку), потім виводять тампон і промивають піхву і проміжність до анального отвору.

Висушують у тій самій послідовності, звертаючи увагу на крижову ділянку.

У хлопчиків послідовність зберігається, тільки при обробці статевого члена необхідно взяти його в ліву руку, злегка потягнути на себе крайню плоть, тим самим звільнити голівку, змочити в розчині серветку і промити її, змінюючи серветки.

У дівчаток-підлітків під час "місячних" піхву перед підмиванням тампонують і використовується асептичний розчин, у кінці підмивання тампон виводиться і промивають піхву з промежиною, потім піхву знову тампонують.

**Особливості гігієни новонароджених:**

1. Правила вмивання:

- з 1,5−2-місячного віку кип'яченою теплою водою;

- з 4−5 місяців водою з-під крана;

- частота − не менше 2 разів на день.

2. Догляд за зовнішніми статевими органами:

- підмивати проточною теплою водою;

- у напрямку спереду назад;

- промокнути м'якою пелюшкою;

- змастити складки кип'яченою олією.

3. Догляд за очима:

- два ватних тампони;

- змочити кип`яченою теплою водою;

- промити в напрямку від зовнішнього до внутрішнього кута ока;

- для кожного ока окремий тампон.

4. Особиста гігієна:

- очищення вух і носа ватними джгутиками, змоченими в олії;

- ротова порожнина не очищається;

- на руках нігті підрізають 1 раз на тиждень округлою лінією;

- на ногах 1 раз на 2 тижні по прямій лінії;

- застосовують ножиці із заокругленими кінцями.

5. За наявності гнейсу:

- за 2−3 години до купання змастити голову стерильною теплою олією, при значних нашаруваннях − компрес з олії на 12 год. Після миття голови теплою водою з милом гнейс легко знімається ватним тампоном або зрізається ножицями разом із волоссям. Не можна видаляти гнейс за допомогою гребінця.

**Методика проведення ванн:**

1. Метаванни:

- гігієнічна;

- лікувальна;

- профілактична.

2. Види ванн:

- загальні (занурюють усе тіло);

- місцеві (половинні, ручні, ножні, сидячі).

Залежно від температури:

- холодні (нижче 20 °С),

- прохолодні (до 33 °С),

- індиферентні (34−36 °С),

- теплі (37−39 °С),

- гарячі (понад 40 °С).

Тривалість від 3 до 30 хвилин.

3. Вимоги до ванн і ванної кімнати:

- температура повітря в приміщенні 22−25 °С;

- обробка ванни 1% розчином хлораміну або 0,5% розчином хлорного вапна;

- миття гарячою водою з милом;

- обдають окропом.

4. Особливість проведення ванни для новонароджених:

- на дно очищеної ванни кладуть складену пелюшку;

- заповнюють гарячою кип'яченою водою, яку розводять холодною кип'яченою до 37−38 °С ;

- температура повітря не менше 25 °С;

- поступове занурення дитини в ванну (сідниці, потім усе тіло до рівня сосків);

- починають мити дитину з голови;

- м'якою рукавичкою голову миють в напрямку від чола до потилиці;

- потім миють всі інші частини тіла (шию, тулуб, кінцівки, сідниці, проміжність);

- тривалість 3−5 хв;

- після ванни дитину перевертають спиною догори і обливають чистою водою, температура якої на 1−2 °С нижча, ніж у ванні;

- загортають у тепле м'яке простирадло;

- висушують обережними рухами;

- змащують складки кип'яченою олією.

- обличчя миють після ванни ватним тампоном, змоченим охолодженою до кімнатної температури кип'яченою водою;

- обличчя миють в напрямку від рота до периферії.

5. Протипоказання до проведення гігієнічних ванн:

- різке збудження дитини;

- гострі захворювання, які супроводжуються судомами, маренням, ураженнями шкіри (гнійничкові висипання, ерозії, масивні виразки) тощо.

6. Частота проведення гігієнічних ванн:

- перша ванна через 1−2 доби після того, як відпаде пуповинний залишок;

- до 6 міс. − щоденно;

- ванна з милом 1 раз на тиждень;

- після 6 міс. до 1 року − через 1 день;

- мінімальна частота до 2 років − 2 рази на тиждень;

- з 4−5 років − 1 раз на тиждень.

7. Умови проведення лікувальних ванн:

- під час проведення першої процедури обов'язкова присутність лікаря;

- надалі − присутність медсестри;

- вода досягає рівня сосків дитини;

- час проведення − не раніше 1 години після годування або за 40−50 хв до нього, за 1−1,5 години до сну;

- відпочинок після ванни − 20−30 хв.

8. Загальні протипоказання до лікувальних ванн:

- декомпенсація серцевої діяльності;

- новоутворення;

- активний туберкульоз;

- захворювання системи крові і кровотворних органів;

- інфекційні захворювання шкіри.

**Профілактика пролежнів та боротьба з ними:**

1. Місця типових пролежнів: лопатки, крижі, гомілки, лікті, п’яти, потилиця.

2. Етапи утворення пролежнів: блідість – гіперемія – синюшність – набряк – утворення пухирів – виразка – некроз.

3. Профілактика:

- активізувати положення хворого у ліжку (зміна положення вдень кожні 2−3 год.);

- стежити за правилами гігієни та частотою заміни постільної і натільної білизни;

- місця можливих пролежнів обробити теплою водою з милом, камфорним спиртом, одеколоном, водою з оцтом, вазеліном, присипати тальком;

- використання надувних кругів, матраців.

4. Лікування:

Стадія гіперемії чи блідості і набряку − кварцова лампа, розтирання з камфорним спиртом, розчином оцту, одеколоном, змащування міцним розчином перманганату калію.

Стадія утворення пухирів − змащення діамантовим зеленим або 70% етиловим спиртом.

Стадія неглибоких виразок − УФО, аерозоль "Вінізоль", діамантовий зелений, обліпихова олія, синтоміцинова емульсія, накладання асептичної пов'язки.

Стадія глибоких пролежнів − укладання всередину турунди, змоченої гіпертонічним розчином, асептична пов'язка. Після очищення від некротичних мас − пов'язки з маззю Вишневського, 1% синтоміциновою емульсією, обліпиховою олією.

**Види лікувальних ванн**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ванна | Технологія | Курс | Темпе-ратура і трива-лість | Показан-ня |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Хло-ристо-натріє-ві ванниХвойні ванни1 | 50−100 г морської або кухонної солі на 10 л води. У кінці ванни хворого обливають чистою водою, на 1−2 градуси прохолоднішою, ніж вода у ванні1 ч. л. концентрату на 20 л води2 | 8−10 ванн через 1 день8−10 ваннчерез1 день3 | 36−37 °С 3−5 хв Трива-лість збіль-шується 4 | Рахіт, м'язова гіпотонія, гіпотро-фіяФункціо-нальні розлади нервової 5 |
|  |  |  | на 1 хв кожні 2−3 дні 36−37 °С 5−7 хв | системи |
| Хвой-но-сольові ванни | Одночасно | 8−10 ваннчерез 1 день | 36−37 °С 3−5 хв | Функціо-нальні розлади нервової системи |
| Пінис-ті ванни | 250−400 г sapo viridas розводять у невеликій к-сті води при t=45−50 °С, виливають у ванну і збивають піну (води у ванні 8−10 см). У кінці ванни змити водою. | 8−10 через1 день | 5−10 хв 38−39 °С | Суха і мокнуча екзема з вираже-ним свербін-ням |
| Міне-ральні ванни | Підігріта вода з джерела (гідрокарбонатно-натрієві, гідрокар-бонатно-магнієві, нарзанні тощо) | 8−10 через1 день | 5−10 хв 36−37 °С | Хвороби печінки |
| Сірко-водне-ві ванни | Концентрація 80 мг/л | 8−10 ванн через 1−2 дні | 5−10 хв 36−37 °С | Хвороби перифе-ричної нервової системи, артрити, хвороби перифе-ричних судин |
| Йодо-бромні ванни1 | 1 л води + 100 г йодиду натрію +250 г броміду калію (в темному посуді). 2 | 8−10 ванн через1 день3 | 36−37 °С 10−12 хв4 | Протиза-пальнаседативна дія5 |
|  | 100 мл цього р-ну на одну ванну + 2 кг кухонної солі |  |  |  |
| Крох-мальні ванни | 100 г крохмалю на 10 л води. Крохмаль розводять у невеликій кількості холодної води і виливають у ванну. Після ванни − душ | 8−10 ваннщоден-но або через1 день | 37−38 °С8−10 хв | Шкірні прояви ексуда-тивно-катараль-ного діатезу |
| Гір-чичні ванни | 40 г гірчиці розчиняють у 10 л води приt−37 °С і виливають у 1 ванну,наповнену прісною водою, та розмішують. Поступово підвищують температуру води на 1−2 °С. На голову холодний компрес | 8−10 ваннчерез1 день.Місце-ві – за необ-хідно-сті | Загальні:36−38 °С 5−7 хв.Місцеві:39−40 °С10−15 хв | Відволі-каючийзасіб при захворю-ваннях органів дихання неалергіч-ного поход-ження |
| Ванни з пер-ман-гана-том калію | Додають до ванни 5% р-н калію перманганату до утворення блідо-рожевого кольору води | 8−10 ваннщоден-но | 37 °С5−10 хв | Дезінфек-ційна дія при мокнут-тях шкіри |

**АЛГОРИТМ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА**

І етап. Знайомство і збирання анамнезу у хворого.

II етап. Оцінка положення, режиму хворого. Дотримання правил особистої гігієни, виявлення їх порушень.

III етап. Допомога в догляді за хворими (особиста гігієна, зміна натільної і постільної білизни).

IV етап. Письмово оцінити положення хворого в ліжку, його режим.

V етап. За необхідності призначити хворому лікувальну ванну.

**МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

**Задачі для самоконтролю**

***Задача 1.*** Дитині 6 міс. З народження утримуються прояви ексудативно-катарального діатезу. Впродовж останніх трьох тижнів після вживання апельсинового соку (100 мл) турбують свербіння шкіри, плямисто-пухирчасті висипання на шкірі. У зв'язку з цим мати дитину не купала. При огляді стан дитини порушений, дратівлива, попрілості на сідницях, гнейс на волосистій частині голови, на тулубі залишкові елементи висипу (поодинокі плями, кірочки), розчіси. Мокнуття в пахових складках.

*Завдання:* 1. Назвати причину захворювання. 2. Ваші поради в догляді за дитиною?

*Еталон відповіді:* 1. Введення великої кількості апельсинового соку, який має сенсибілізувальну дію; порушення догляду за дитиною, а саме − за шкірними покривами. 2. Гігієнічні та лікувальні (крохмальні) ванни, чередуючи їх. Змащування попрілостей і мокнуття розчином "Фукорцину", інші шкірні складки − кип’яченою олією. На ділянки гнейсу накласти олійний компрес за 2−3 год. до гігієнічної ванни і помити голову водою з милом. На ділянки висипань і розчісів нанести мазь або емульсію, призначену лікарем.

Технологія крохмальних ванн: картопляний крохмаль з розрахунку 100 г на 10 л води розводять у невеликій кількості холодної води, розмішують і виливають у ванну. Температура води 37−38 °С, тривалість 8−10 хв. Після ванни необхідно облити дитину водою. Курс лікування 10−12 ванн через 1 день.

***Задача 2.*** У тяжкохворої дитини мама помітила ділянки гіперемії шкіри на попереку, п'ятах і ліктях. Цілісність шкіри не порушена.

*Завдання:* 1. Про які зміни з боку шкіри можна думати? 2. Ваші дії?

*Еталон відповіді:* 1. Пролежні в стадії гіперемії. 2. Уражені місця розтирати камфорним спиртом, розчином оцту, одеколоном. Змащувати міцним розчином перманганату калію. Застосовують опромінення кварцевою лампою. Рекомендувати частіше (кожні 2−3 год.) змінювати положення хворого. Під ділянки тіла, де утворилися пролежні, підкласти гумові круги.

**Практичне заняття до теми**

**«Організація харчування дітей у лікарні. Правила видачі їжі у відділенні (соматичному, інфекційному). Санітарні вимоги до харчоблоку, буфету, їдальні. Лікувальні столи. Їх характеристика»**

Місце проведення заняття: міська дитяча клінічна лікарня, відділення СМДКЛ, навчальна кімната. Кількість годин – 4 год.

**АКТУАЛЬНІСТЬ:** організація харчування дітей у лікарні є складовою успішного лікування, оскільки від призначення дієти, повноцінного забезпечення потреб дитячого організму в білках, жирах та вуглеводах залежать повноцінний розвиток дитини та адекватне формування захисних сил.

Лікувальне харчування є невід’ємною частиною комплексного лікування при різних захворюваннях дитячого віку. В одних випадках це єдиний метод лікування, зокрема при уроджених порушеннях обміну речовин − ензимопатіях, коли лише спеціальна дієта може попередити летальний кінець чи розвиток глибокої розумової неповноцінності та інвалідності дитини, забезпечити її нормальний фізичний і психічний розвиток. В інших випадках є одним із методів лікування, без якого інші терапевтичні впливи малоефективні. Передусім це алергічні захворювання, ожиріння, цукровий діабет, хронічні ураження травного каналу та інші.

**ЗАГАЛЬНА МЕТА** − вміти скласти меню дитині будь-якого віку, яка перебуває на дієтичному харчуванні з урахуванням характеру захворювання.

**КОНКРЕТНІ ЦІЛІ**

*Уміти:*

1. Зібрати скарги, анамнез та обстежити усі системи та органи дитини, оцінити стан дитини.

2. Розрахувати добовий об’єм їжі, режим годування та необхідну кількість їжі на одне годування залежно від віку дитини, характеру харчування та належної енергоцінності добового раціону харчування.

3. Скласти меню хворій дитині, яка перебуває на дієтичному харчуванні.

**БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Назви попередніх дисциплін | Отримані навички |
| 1 | 2 |
| 1 | 2 |
| Біохімія. Нормальна фізіологія  | Знати особливості обміну речовин у дітей.Знати роль раціонального харчування у життєдіяльності людини |

**ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТА ДО ЗАНЯТТЯ**

**Теоретичні питання до заняття:**

1. Знати визначення лікувального харчування.
2. Знати основне завдання лікувального харчування.
3. Знати фактори, які враховуються при складанні лікувальних раціонів:

а) вік дитини, її стан та стать;

б) характер захворювання;

в) особливості порушення обміну речовин;

г) форму і стадію хвороби;

ґ) лікування, що використовується;

д) смакові звички;

е) реакцію на ту чи іншу їжу.

1. Вивчити загальні принципи лікувального харчування хворої дитини:

а) режим годування;

б) години годування;

в) характер харчування;

г) енергоцінність лікувального добового раціону;

ґ) температуру страв у лікувальному харчуванні;

д) якість страв у лікувальному харчуванні.

1. Вивчити принципи організації дієтичного харчування хворих в умовах стаціонару:

а) організацію лікувального харчування хворих;

б) призначення дієтичного харчування хворому;

в) складання порційної вимоги;

г) науково-методичне та технологічне забезпечення лікувальним харчуванням;

ґ) контроль за якістю харчових продуктів та готових лікувальних страв;

д) місця приймання їжі хворими в умовах стаціонару.

1. Знати характеристику основних лікувальних дієт, що використовуються в умовах лікарні:

а) показання;

б) цільове призначення;

в) загальну характеристику;

г) кулінарну обробку;

ґ) режим харчування.

1. Знати особливості дієтотерапії при окремих уроджених порушеннях обміну речовин:

а) фенілкетонурії;

б) гіпо- і алактазії;

в) галактоземії;

г) целіакії.

1. Навчитися складати приблизне меню дитині, яка перебуває на дієтичному харчуванні:

а) вибрати лікувальне харчування залежно від характеру захворювання;

б) режим годування, години годування, добову кількість їжі та енергоцінність лікувального добового раціону.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД МАТЕРІАЛУ**

***Визначення лікувального харчування, основне завдання дієтотерапії***

|  |  |
| --- | --- |
| Лікувальне харчування, або дієтотерапія |  це харчування хворої дитини, яке повністю відповідає її потребам у поживних речовинах і енергії, враховує особливості обміну речовин і стан окремих органів та систем організму |
| Дієта |  це певний склад їжі та режим харчування, що використовується для лікування одного або декількох захворювань |
| Основне завдання дієтотерапії |  відновлення порушеної внаслідок захворювання рівноваги в організмі шляхом пристосування харчового раціону до змінених обмінних процесів за допомогою добору та поєднання окремих продуктів і страв, а також спеціальної кулінарної обробки їжі; дієтотерапія базується на концепції збалансованого харчування, тобто для підтримання гомеостазу організму потрібна повна відповідність хімічного складу дієти станові ферментативних систем, без яких неможливе засвоєння їжі; дієтотерапія сприяє саморегуляції організму шляхом мобілізації ферментативних систем на субклітинному та клітинному рівнях |

***Загальні принципи лікувального харчування хворої дитини***

|  |  |
| --- | --- |
| Фактори, що враховуються при складанні лікувальних раціонів | вік і стать дитини;стан дитини;характер захворювання;особливості порушення обміну речовин;форма і стадія хвороби;лікування, яке проводиться;смакові звички;реакція на ту чи іншу їжу |
| Режим харчування | годування дітей 5 разів, рідше 6 разів на добу |
| Години годування дітей при лікувальному харчуванні | при 5-разовому годуванні:8.00 сніданок11.00 другий сніданок14.00 обід18.00 вечеря21.00 на ніч,при 6-разовому годуванні:8.00 сніданок11.00 другий сніданок14.00 обід17.00 підвечірок19.00 вечеря21.00 на ніч |
| Розподіл лікувального добового раціону | сніданок 25%другий сніданок 10%обід 30%вечеря 25%; на ніч 10% |
| Температура страв у лікувальному харчуванні | температура перших та других страв повинна бути теплою, але не перевищу­вати 4550 С |
| Якість страв у лікувальному харчуванні | страви повинні мати привабливий вигляд, приємний запах;мати певну температуру;бути різноманітними і готуватися з високоякісних продуктів |
| Кількість їжі, об’єм страв | повинні відповідати віку дитини, оскільки дитина росте і розвивається, змінюється характер їжі |

***Принципи організації дієтичного харчування хворих в умовах стаціонару***

|  |  |
| --- | --- |
| Головний лікар медичної лікувальної установи або його заступник з лікувальної роботи | відповідає за організацію лікувального харчування хворої дитини, яка перебуває на лікуванні у стаціонарі |
| Лікар-куратор |  безпосередньо призначає хворій дитині в умовах стаціонару дієтичне харчування з урахуванням основного та супутніх захворювань, особливостей обміну речовин у організмі та харчових звичок; дієта записується у листку призначень поряд із режимом хворого та іншими лікувальними засобами; при госпіталізації хворої дитини в нічний час орієнтовну дієту призначає черговий лікар, яку надалі коригує лікар-куратор |
| Старша медична сестра відділення |  узагальнює потреби хворих відділення в певному дієтичному харчуванні, подає замовлення на лікувальне харчування дієтичній сестрі чи лікарю-дієтологу |
| Дієтична-сестра чи лікар-дієтолог |  разом із кухарем складають меню, на підставі якого розраховують кількість необхідних дієтичних продуктів; на підставі розробок щотижневих меню складають меню окремих дієт, згідно з яким готують страви; здійснюють науково-методичне та технологічне керівництво лікувальним харчуванням; дієтичні страви в харчоблоці лікарні готують кухарі, які мають спеціальну підготовку з питань дієтичної кулінарії; отримують їжу з кухні і роздають її хворим буфетниці |
| Контроль за якістю харчових продуктів та готових лікувальних страв |  перший: під час надходження харчових продуктів на склад лікарні; другий: при одержанні продуктів зі складу; третій: після первинної обробки та виготовлення напівфабрикатів; четвертий: після виготовлення страв перед видачею їх хворим; здійснюють контроль кухарі, дієтсестра, лікар-дієтолог та черговий лікар у вечірні години; періодичний контроль з боку санепідемстанції з оцінкою хімічного складу їжі |
| Місця приймання їжі хворих в умовах стаціонару |  їдальня; буфет; тяжкохворі в ліжку хворого |

***Характеристика основних лікувальних дієт***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Но-мер дієти | Показання | Цільове призначення | Загальна характеристика |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1а | Виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки в період заго-стрення, гострий гостродуоденіт, загострення хро-нічного гастро-дуоденіту | Максимальне щадіння шлунка шля-хом виклю-чення хіміч-них, терміч-них, механік-них подраз-ників | Обмеження енерго-цінності в основ-ному за рахунок вуглеводів виклю-чаються продукти, що збуджують шлункову секрецію |
| 1б | Та сама патологія на початку стихання загострення | Помірне щадіння слизової оболонки | Енергетична цінність відповідає віковим потребам |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Та сама патоло-гія у фазі реконвалесценції | Помірне щадіння слизової оболонки | Енергетична цінність відповідає віковим потребам з обмеженням стимуляторів шлункової секреції |
| 2 | Хронічний гастрит із секреторною недостатністю, хронічний ентерит, коліт | Повноцінне харчування | Фізіологічно повноцінна дієта, механічно щадна;наявні хімічні подразники секреції |
| 3 | Хронічні захворювання кишківника з тенденцією до запору | Фізіологічно повноцінне | Меню містить нормальну кількість основних харчових інгредієнтів, мінеральних солей та мікроелементів;більше хімічних та механічних стимуляторів моторики кишківника |
| 4 | Гострий і хронічний коліт, ентероколіт, гастроентероко-літ у період загострення | Максимальне механічне, термічне і хімічне щадіння травного каналу | Дієта гіпохлоридна, виключаються молоко і продукти, що містять грубу рослинну клітковину, стимулятори жовчовиділення;енергоцінність знижена за рахунок вуглеводів і жирів |
| 51 | Гострий і хронічний гепатит, цироз печінки, хронічний2 | Хімічне щадіння печінки, стимуляція ферментатив-3 | Виключення тугоплавких жирів (свинина, баранина,качка, гуска);виключаються4 |
|  | холецистит,жовчнокам’яна хвороба,пієлонефрит | них, білковосинте-зувальних і жовчовиділь-них процесів у печінці | продукти, що стимулюють секрецію шлунка і підшлункової залози;дієта збагачена метіоніномлецитином, холіном;збільшена кількість рідини |
| 5а | Хронічний панкреатит у фазі загострення | Гальмування зовнішньо-секреторної функції залози, підсилений синтез білка, попереджен-ня жирової інфільтрації і дистрофії залози | Дієта з нормальним вмістом білка, ліпотропних речовин і вітамінів, обмеження жирів і вуглеводів, солі, екстрактивних речовин |
| 6  | Подагра, сечокислий діатез, еритремія  | Сприяти нормалізації пуринового обміну і зменшенню ендогенного утворення сечової кислоти | Дозволяються молочні та вегетаріанські супи, м'ясо і рибу дають не щодня і тільки у вареному вигляді. Дозволяються продукти, що містять лужні радикали (овочі, фрукти, ягоди і молоко) |
| 7а1 | Гострий та хронічний гломерулонеф-рит в стадії загострення2 | Максимальне щадіння функції нирок, зменшення3 | Різке обмеження білків, помірне обмеження жирів і вуглеводів, води, обмеження солі та4 |
|  |  | гіпертонії і набряків, розвантажен-ня білкового обміну | алергізувальнихпродуктів |
| 7 | Гострий гломерулонеф-рит,хронічний гломерулонеф-ритв стадії ремісії | Покращання виділення азотистих шлаків, збільшення добового сечовиділен-ня | Помірне обмеження білків,обмеженнясолі;жири і вуглеводи в межах фізіологічноїнорми |
| 8 | Ожиріння  | Попереджен-ня і усунення відкладання жирової тканини | Зменшення енергоцінності за рахунок обмеження легкозасвоюваних вуглеводів, жирів,дієта гіпохлоридна, обмеження вільної рідини |
| 9 | Цукровий діабет | Нормалізація вуглеводного обміну, попереджен-ня порушень жирового, водно-сольового і білкового обмінів | Помірне зниження енергоцінності за рахунок обмеження вуглеводів, жирів;виключаються вуглеводи, що легко засвоюються (цукор, солодощі, варення, мед) |
| 101 | Захворювання серця в стадії компенсації, ревматизм, гіпертонічна2 | Покращання функції серцево-судинної системи, 3 | Помірне обмеження жирів, зниження кількості вільної рідини, солі; збіль-шення кількості 4 |
|  | хвороба ІІІ ст. | нирок, печінки | солей калію, магнію та ін. речовин |
| 11 | Туберкульоз легенів і кісток, виснаження після інфекцій-них хвороб, операцій, анемія | Підвищення реактивності організму до інфекцій | Дієта з підвищеною кількістю тваринних білків, вітамінів, мінеральних речо-вин, помірним збіль-шенням жирів та вуглеводів |
| 12 | Захворювання нервової системи | Щадіння нервової системи | Стіл змішаний, з обмеженням м’яса, гострих страв та приправ, а також збуджувальних речовин (чай, кава, шоколад, алкогольні напої)  |
| 13 | Гострі інфекційні захворювання | Підсилення виведення токсинів з організму, підвищення захисних сил | Дієта забезпечує фізіологічні потреби організму, збагачена свіжими фруктами та овочами, обме-жені жирні, солені і продукти, важкі для травлення |
| 14 | Фосфатурія з лужною реакцією сечі й випаданням осаду фосфорно-кальцієвих солей  | Сприяти відновленню кислої реакції сечі і таким чином перешкоджати випадінню осаду | Входять продукти, які сприя-ють зміні реакції сечі на кислу. Вик-лючають продукти, що мають лужну дію і багаті на кальцій (молоко, сир), бобові росли-ни, міцні м’ясні бульйони, шоколад  |
| 15 | Захворювання, що не потребують спеціальних дієт,  | Забезпечення повноцінного раціонально-го харчуван-ня,  | Дієта фізіологічно повноцінна, 45 разів |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | період видужання | усі види страв |  |
| 0  | Призначають у перші дні після операції на шлунку, кишках, а також при напівсвідомому стані (порушення мозкового кровообігу, черепно-мозкова травма, висока температура тіла) | Їжа складається із рідких та желеподібних страв  | Виключають незбиране молоко. Дозволяють чай із цукром, соки зі свіжих ягід та фрукти, розведені солодкою водою, неміцний бульйон, рисовий відвар. Їжу дають часто, малими порціями вдень та вночі впродовж 23 днів |

***Особливості лікувального харчування при окремих уроджених порушеннях обміну речовин (ензимопатіях) у дітей***

|  |  |
| --- | --- |
| Фенілкетонурія | * Уроджене порушення обміну амінокислот;

в основі лежить уроджена недостатність ферменту фенілаланінпероксидази, що бере участь в окиснювальному перетворенні фенілаланіну в тирозин;* при накопиченні у крові фенілаланіну і продуктів його аномального обміну розвивається розумова неповноцінність;
* дієтотерапія як єдиний ефективний метод лікування недуги з перших місяців життя дитини;
* у харчуванні різке обмеження надходження з їжею фенілаланіну;
* рекомендується переведення на штучне вигодовування і призначення гідролізатів білка з відсутністю фенілаланіну: “Мінафен” (Англія), ”Берлофен” (Німеччина), “Кетоніл” (США), “Лофенак” (США), ”Гіпофенат” (Росія)
 |
| Галактоземія | * Уроджене порушення вуглеводного обміну, пов’язане з уродженою недостатністю ферменту галактозо-1-фосфат-уридилтрансферази, в результаті виникає блок на шляху розщеплення одного з компонентів цукру-галактози;
* при накопиченні продуктів обміну розвивається ендогенна інтоксикація, що призводить до тяжких наслідків: ураження, мозку, печінки, очей, настає повна інвалідизація чи навіть смерть хворого;
* у харчуванні: виключення молока і молочних продуктів, призначення низьколактозних чи безлактозних сумішей (“Нутрісоя”, “Бонасоя”, “Симілак-ізоміл” та ін.);

після 1 року виключаються поряд із молочними продуктами продукти, в яких можлива наявність галактозидів (шоколад, кава, квасоля, горох) |
| Гіпо- і алактазія | * Уроджене порушення вуглеводного обміну, в основі якого лежить недостатність чи повна відсутність ферменту лактази, внаслідок чого порушується розщеплення в кишківнику лактози;
* основні прояви недуги кишкові розлади, зригування, здуття живота, блювання, розвиток гіпотрофії;

у харчуванні: виключення з харчового раціону молока та молочних продуктів, замінюючи їх низьколактозними чи безлактозними сумішами (“Нутрі-соя”, “Симілак-ізоміл”, “Бона-соя”та ін.) |
| Целіакія  | * Уроджена ензимопатія, пов’язана з уродженою недостатністю чи відсутністю ферментів-амінопептидаз, що беруть участь у травленні білка злакових−глютену, зокрема його фракцій−гліадину (пшениці і жита), авеніну (вівса) і гардеїну (ячменю);
* накопичення продуктів неповного розщеплення їх має токсичний вплив на слизову оболонку кишківника з розвитком диспептичного синдрому;
* у лікувальному харчуванні агліадинова (вільна від глютину) дієта з виключенням із харчового раціону пшеничної, житньої та вівсяної муки, манної, вівсяної, толокняної круп, хліба, сухарів, макаронних виробів, кондитерських мучних виробів;

дозволяються рис, гречана крупа, кукурудзяна мука, молоко, сир, кисломолочні продукти, яйця, овочі, фрукти, соки, масло, цукор, мед, варення |

**АЛГОРИТМ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА**

І етап. Провести комплексне обстеження систем і органів дитини. Для цього необхідно:

а) зібрати скарги і анамнез у дитини;

б) провести комплексне обстеження систем і органів за загальноприйнятою методикою;

в) оцінити стан дитини, визначитися, яка система чи орган уражені в обстежуваної дитини;

г) пригадати особливості функціонування організму дитини в умовах ураження виявленої системи чи органа.

ІІ етап. Скласти одноденне зразкове меню хворій дитині, яка перебуває на дієтичному харчуванні. Для цього необхідно:

а) вибрати лікувальне харчування залежно від ураженої системи чи органа (характеру захворювання);

б) підрахувати необхідну кількість їжі на добу;

в) встановити правильний режим харчування дитини, розписати години годування;

г) розписати дозволені при даному лікувальному харчуванні страви на певні години вживання їжі залежно від належної енергоцінності добового раціону.

**МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

**Задачі для самоконтролю**

***Задача.*** Дитина 1,5 року страждає на целіакію. Батьки звернулися за медичною допомогою з метою визначення тактики харчування дитини.

*Завдання:*1***.*** Якого лікувального харчування потребує ця дитина ?

1. Виберіть правильний режим харчування дитини.
2. Складіть цій дитині одноденне орієнтовне меню.

*Еталон відповіді:*

1. Ця дитина потребує агліадинового дієтичного харчування з виключенням із харчового раціону продуктів, що містять глютен.

1. Правильний режим харчування 5 разів на добу (сніданок, другий сніданок, обід, підвечірок, вечеря).
2. Зразок одноденного меню для цієї дитини:

9.00 – Сніданок

Каша гречана молочна з маслом 200 г

Чай з молоком 100 г

Кукурудзяні пластівці 15 г

11.00 Другий сніданок

Фруктовий сік (морквяний) 100 г

14.00 Обід

Суп-пюре овоч. на кістковому бульйоні 100 г

М’ясне пюре з овочевим гарніром 80/100 г

Яблучний сік 50 г

Зефір 20 г

17.00 – Підвечірок

Кефір 150 г

Млинці з кукурудзяної муки 20 г

1. Вечеря

Картопляне пюре 100 г

Сир 9% жирності 75 г

Кукурудзяні палички 10 г

Настій шипшини 100 г

**Практичне заняття до теми**

**«Догляд за дітьми, у яких спостерігається лихоманка. Методи та техніка введення лікарських засобів. Переваги та недоліки різних видів введення»**

Місце проведення заняття: міська дитяча клінічна лікарня, відділення СМДКЛ, навчальна кімната. Кількість годин− 4 год.

**АКТУАЛЬНІСТЬ**: однією з основних галузей охорони здоров’я населення України є охорона материнства і дитинства. Надання кваліфікаційної медичної допомоги дітям у педіатричному відділенні дитячого стаціонару – невід’ємна частина цієї галузі. Ефективність терапії залежить від чіткої організації роботи медсестринського посту педіатричного відділення, від взаємодії не тільки постової медичної сестри і лікаря, але й від молодшої медичної сестри. Тому володіння навичками догляду за хворими дітьми при різній патології, виконання певних медичних маніпуляцій досить важливо у роботі молодшої медичної сестри.

**МЕТА** −ознайомитись з особливостями догляду за дітьми з лихоманкою, методами та способами введення лікарських засобів.

**КОНКРЕТНІ ЦІЛІ**

*Студент повинен знати:*

* техніку проведення термометрії;
* правила заповнення листка призначень;
* особливості введення лікарських засобів;
* визначення лихоманки;
* основні принципи допомоги та догляду за дітьми при лихоманці.

*Студент повинен вміти:*

* + - * + дотримуватися правил деонтології в роботі медсестри;
				+ проводити термометрію;
				+ надавати допомогу під час лихоманки;
	+ брати мазки із зіва та носа на дослідження;
		- * + проводити пероральну роздачу лікарських засобів.

**БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)**

|  |  |
| --- | --- |
| Назви попередніх дисциплін | Отримані навички |
| Етика та деонтологія.Догляд за дітьми | Особливості деонтології в роботі медсестри педіатричного відділення.Законодавчі та нормативні акти, особливості санітарно-гігієнічного режиму для дітей різного віку |

**ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТА ДО ЗАНЯТТЯ**

**Теоретичні питання до заняття:**

* техніка проведення термометрії;
* особливості введення лікарських засобів;
* принципи надання першої медичної допомоги дітям із лихоманкою;
* техніка взяття мазків із зіва та носа;
* правила підготовки хворої дитини до маніпуляцій і досліджень.

**Вихідний рівень знань та вмінь** перевіряється шляхом розв’язування ситуаційних задач з кожної теми, відповідями на тести та конструктивні запитання.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД МАТЕРІАЛУ**

**Лихоманка** − загальна захисна реакція організму на вплив, частіше, інфекційного агента, являє собою зміну теплової регуляції з накопиченням тепла і підвищенням температури тіла.

Підвищення температури тіла на 1°С прискорює ритм серця на 10 ударів. Дихання при лихоманці частішає паралельно підвищенню ритму серцевих скорочень і температури тіла.

Оскільки температура відображає ступінь реактивності організму, то вона може бути цінним показником його стану в боротьбі з інфекцією, тому досить важливо у роботі медичної сестри, а також і в роботі молодшої медичної сестри уміти правильно провести термометрію, особливо у дітей.

**Правила термометрії**

Вимірювання температури тіла проводиться 2 рази на день (о 7−9-й годині ранку та о 17−19-й годині вечора). Як правило, систематичне вимірювання температури тіла 2 рази на день дає можливість отримати уявлення про її добові коливання, тому вимірювати температуру через коротші проміжки (6−4−2 години) немає необхідності. Температуру тіла можна вимірювати різними способами:

* + - у пахвовій западині;
		- у паховій складці,
		- у ротовій порожнині;
		- у вушному каналі;
		- у прямій кишці;
		- у піхві.

Результати можуть розрізнятися: температура в ротовій порожнині, як правило, на 0,5 градуса нижча від ректальної (виміряної у прямій кишці) і на 0,5 градуса вища за температуру тіла, виміряну під пахвою. Температура тіла у вушному каналі така сама або трохи вища від ректальної. Температура тіла, виміряна в паховій складці, близька до температури в порожнині рота.

**Вимірювання температури тіла в пахвовій западині**

Пахвова ямка найчастіше використовується в Україні для вимірювання температури тіла, оскільки це практично зручно. Але при цьому потрібно знати, що вимірювання температури тіла в пахвовій ямці є ненадійним, тому що при ньому отримуються менш точні результати, ніж при вимірювання в інших порожнинах. Більше того, температура може бути неоднаковою в лівій і правій пахвових западинах (частіше зліва на 0,1−0,3 °С вища). Якщо при порівняльному вимірі температури різниця більша від 0,5 °С, то це свідчить про запальний процес на тому боці, де спостерігаються вищі цифри, або про неточність вимірювання.

**Методика**

Перед установленням термометра в пахвову западину необхідно протерти шкіру серветкою (особливо у пітливих). Цим запобігають охолодженню градусника під час вимірювання температури внаслідок випаровування поту.

Встановлювати термометр потрібно так, щоб весь ртутний резервуар з усіх боків прилягав до тіла в найглибшій точці пахвової западини, нікуди не зміщуючись упродовж всього часу вимірювання температури.

Необхідно стежити, щоб повітря не потрапляло в пахвову ямку, а термометр щільно прилягав до шкіри. Для цього треба притиснути плече і лікоть до тіла, щоб пахвова ямка була закрита. При вимірюванні температури тіла у маленьких дітей і хворих, які перебувають у несвідомому стані, необхідно додатково притримувати руку, поки не закінчиться вимірювання.

Час виміру температури тіла в пахвовій западині − 5 хвилин (при використанні ртутного термометра − не менше 10 хвилин).

Нормальна температура тіла при вимірюванні в пахвовій ямці − 36,3−36,9 °С.

**Вимірювання температури тіла в паховій складці**

Не кращий спосіб вимірювання температури тіла, але його припустимо використовувати у грудних дітей. Дитину кладуть на спину і згинають ногу в тазостегновому суглобі, приводячи стегно до тулуба. Утримують стегно в такому положенні впродовж усього часу вимірювання температури тіла (впродовж 5−10 хвилин залежно від типу використовуваного термометра).

**Вимірювання температури в порожнині рота**

Цей спосіб вимірювання температури тіла поширений в англомовних країнах і є досить надійним. Але він протипоказаний: дітям до 4−5 років, дітям із підвищеною збудливістю і психічним хворим, за наявності у пацієнтів захворювань порожнини рота і розладу носового дихання. Слід знати, що температура в порожнині рота може змінюватися при недавньому курінні або прийманні холодних/гарячих рідин, а збільшення частоти дихання на кожних 10 дихальних рухів вище від норми може знижувати температуру у ротовій порожнині на 0,5 °С.

**Методика**

Перед вимірюванням температури тіла в літніх людей знімають знімні зубні протези.

Наконечник термометра поміщають під язик справа або зліва від його вуздечки.

Просять хворого тримати рот щільно закритим, щоб не надходило холодне повітря.

Час вимірювання температури тіла в порожнині рота ртутним термометром − 3 хвилини.

Нормальна температура тіла при вимірі в порожнині рота − 36,8−37,3 °С.

Якщо пацієнт випадково відкусив кінчик ртутного термометра при вимірюванні температури тіла, то турбуватися не потрібно : ртуть у тій кількості, в якій вона міститься в термометрі, при проковтуванні не спричиняє отруєння, а дрібні уламки скла виходять із калом.

**Вимірювання температури тіла у вушному каналі**

Досить рідкий спосіб, проте він поширений у Германії при вимірюванні температури тіла у дітей, а також при використанні спеціального вушного інфрачервоного термометра. Мочка вуха відтягується вгору і назад, щоб випрямити вушний канал; після чого кінчик термометра обережно вводиться у вухо приблизно на глибину 1 см.

**Вимірювання температури тіла в прямій кишці**

Пряма кишка − це замкнута анальним сфінктером порожнина зі стійкою температурою, тому при вимірюванні температури тіла в прямій кишці виходять найбільш точні результати. Крім того, температура в прямій кишці щонайближча до температури внутрішніх органів. Цей спосіб вимірювання температури широко застосовують при термоневрозах, а також у дітей до 4−5 років, виснажених і ослаблених хворих (в яких градусник у пахвовій ділянці не щільно охоплюється м'якими тканинами).

Протипоказання: затримка випорожнення (ампула прямої кишки інколи буває заповнена каловими масами), пронос, захворювання прямої кишки (проктит, геморой та ін.).

**Методика**

Перед введенням у пряму кишку кінчик термометра треба змастити вазеліном або маслом.

Дорослий пацієнт займає положення на боці, маленьку дитину кладуть на живіт.

Градусник плавно вводиться у пряму кишку на глибину 2−3 см (дорослому хворому можна дати це зробити самому).

Після введення пацієнт повинен лежати, термометр стримується пальцями (як сигарета). Сідниці повинні щільно прилягати одна до іншої, щоб виключити вплив холодного повітря.

Не можна різко вводити термометр, жорстко фіксувати його в прямій кишці, рухатися під час вимірювання температури тіла.

Час вимірювання температури тіла в прямій кишці ртутним термометром − 1−2 хвилини.

Нормальна температура тіла при вимірюванні в прямій кишці − 37,3−37,7 °С. Після вимірюванні температури тіла градусник обов'язково поміщають у дезрозчин. Термометр, використаний для вимірювання температури в прямій кишці, зберігають окремо від інших термометрів.

**Вимірювання температури тіла в піхві**

Цей спосіб вимірювання температури тіла використовують головним чином для визначення часу овуляції.

**Методика**

Вимірювання температури тіла проводять вранці, не встаючи з ліжка.

Термометр вводять глибоко в піхву.

Час вимірювання температури тіла в піхві ртутним термометром − 5 хвилин.

Нормальна температура тіла при вимірюванні в піхві (залежить від фази менструального циклу) − 36,7−37,5 °С. Після вимірювання температури тіла градусник обов'язково поміщають у дезрозчин. Термометр, використаний для вимірювання температури в піхві, зберігають окремо від інших термометрів.

**ДОПОМОГА ПРИ ЛИХОМАНЦІ**

**(загальні принципи)**

**МЕТА** − надання допомоги дитині у різні періоди лихоманки.

У розвитку більшості лихоманок розрізняють три стадії, а обсяг догляду за пацієнтом залежить від тієї чи іншої стадії лихоманки:

**1-ша стадія** − **наростання температури (короткочасна),** характеризується переважанням теплопродукції над тепловіддачею і проявляється ознобом, болем у всьому тілі, головним болем, може бути ціаноз (синюшність) губ;

**2-га стадія – максимального підвищення температури** **(період розпалу);**

**3-тя стадія** − **період зниження температури,** може проходити *критично і літично.* Критичне зниження температури характеризується різким зниженням із високих цифр до низьких (наприклад, від 40 до 37 градусів), що часто супроводжується стрімким зниженням судинного тонусу, яке проявляється у різкому зниженні АТ до 80/20 мм рт. ст. і появі ниткоподібного пульсу, підвищеною пітливістю (гіпергідроз), вираженою слабістю та блідістю шкірних покривів. Цей стан дитини називається колапсом і вимагає від медичного персоналу термінових заходів.

Літичне зниження температури характеризується поступовим зниженням температури з високих цифр до норми (нижче від норми).

**Для допомоги при першій стадії лихоманки необхідно приготувати** грілку, рушник, ковдру, поїльник, судно, мінеральну воду (морс, соки) без газів.

Для такої дитини необхідно створити спокій, укласти в ліжко, до ніг покласти грілку, добре вкрити, напоїти міцним свіжозавареним чаєм і не допускати протягів у палаті, де перебуває дитина. Бажано установити індивідуальний пост. Якщо це неможливо, то медсестра зобов'язана постійно підходити до дитини і контролювати гемодинамічні показники (пульс, АТ, ЧСС, ЧДР) та фізіологічні відправлення. При появі змін у бік погіршення вона повинна негайно викликати лікаря.

**При 2-й стадії** необхідні міхур із льодом, рушник, тонометр із фонендоскопом, поїльник, судно.

***Послідовність дій:***

- по можливості організуйте індивідуальний пост;

- повідомте лікаря про зміну стану пацієнта;

- контролюйте гемодинамічні показники;

- приберіть ковдри і укрийте дитину простирадлом;

- використовуйте примочки до периферичних судин і міхур із льодом до голови;

- провітрюйте приміщення, уникайте протягів;

- доглядайте за порожниною рота, носом та іншими органами дитини;

- допомагайте пацієнтові при фізіологічних відправленнях, проводьте профілактику пролежнів.

**Послідовність дій для допомоги при критичному стані лихоманки передбачає таке:**

- терміново усіма доступними способами повідомте лікаря, організуйте надання допомоги пацієнтові;

- ні в якому разі не залишайте пацієнта одного;

- швидко приберіть у нього з-під голови подушку, підніміть ножну частину ліжка на 20 градусів або використайте підручні засоби (ковдри, подушки та ін.);

- положення дитини повинно бути горизонтальним, з піднятими ногами;

- до рук і ніг дитини прикладіть грілки, обгорнуті полотенцем;

- використовуйте зволожений водою кисень;

- контролюйте гемодинамічні показники;

- правильно доповідайте лікарю-куратору або черговому лікарю про стан дитини;

- виконайте призначення лікаря;

- після виведення дитини з цього стану витріть насухо, змініть вологу натільну та постільну білизну;

- забезпечте подальший догляд (гарячий солодкий чай та ін.);

- контролюйте призначений лікарем режим рухової активності дитини;

- забезпечте спостереження чергового медичного персоналу впродовж 1 доби;

- створіть дитині умови для тривалого глибокого сну.

**Лікувальна тактика та догляд за дітьми з лихоманкою**

Основне завдання медсестри чи лікаря, який виявив у дитини підвищення температури, полягає у вирішенні двох питань:

Чи потрібно знижувати температуру тіла дитини і яким методом?

Яким повинно бути правильне тактичне рішення?

Знижувати температуру тіла хворій дитині необхідно у таких випадках:

- дитина перших 3 місяців життя;

- при несприятливому преморбідному стані (наявність перинатальної енцефалопатії, судом, уродженої вади серця);

- при підвищенні температури тіла вище 38,5 °С.

Рекомендується застосовувати жарознижувальні засоби:

- у дітей перших двох місяців життя – при температурі вище 38 °С;

- у дітей старше 3 місяців – при температурі вище 39 °С;

- при температурі від 37 до 38 °С, якщо вона супроводжується скаргами на погане самопочуття, м'язовими болями або головним болем;

- при температурі вище 38 °С у дітей із фебрильними судомами в анамнезі;

- при злоякісній гіпертермії з порушеннями мікроциркуляції.

Перша допомога при гіпертермії залежить:

- від величини лихоманки;

- від наявності або відсутності симптомів порушення периферичного кровообігу;

Як жарознижувальні засоби не рекомендується застосовувати у дітей:

- Метамізол (анальгін) – викликає пригнічення кровотворення.

- Ібупрофен – частіше є причиною виникнення побічних явищ (диспепсія, шлункові кровотечі).

На цей час із педіатричної практики виключені такі препарати, як амідопірин, антипірин, фенацетин.

**Дії медичного персоналу при гіпертермії:**

- негайно викликати лікаря;

- розгорнути пелюшки, зняти зайвий одяг;

- застосувати фізичні методи охолодження.

**Методика проведення спиртового обтирання**

*Матеріальне забезпечення*: перекип’ячена вода кімнатної температури; 40% спирт, 9% столовий оцет; губка або шматки вати; простирадло для витирання.

*Хід виконання*

1. Приготувати суміш, до складу якої входять вода, 40% спирт та 9% столовий оцет у пропорції 1:1:1.

2. Змочити губку або шматки вати цією сумішшю, протерти шкіру лоба, шиї, кінцівок (особливо у ділянці магістральних судин), дати висохнути, повторити.

Чим вища температура і більші її коливання, тим більше схудне дитина, тому щоб підвищити опірність організму і заповнити енергетичні втрати, необхідно годувати дитину висококалорійною та легкозасвоюваною їжею в рідкому або напіврідкому вигляді 5–6 разів на добу малими порціями. Як дезінтоксикаційний (зниження концентрації і виведення з організму токсичних речовин) засіб застосовується велика кількість рідини у вигляді мінеральної води, соків, морсів.

**Шляхи введення лікарських засобів**

Лікарські речовини можна вводити природним шляхом (інгаляційним, ентеральним, нашкірним) і за допомогою різних технічних засобів. У першому випадку транспорт їх до внутрішніх середовищ організму забезпечується фізіологічною транспортною здатністю слизової оболонки і шкіри, у другому – відбувається інвазивно.

Шляхи введення лікарських речовин поділяють на ентеральний, парентеральний, інгаляційний.

**Ентеральний** шлях (усередину) передбачає введення лікарської речовини через різні ділянки травного каналу. У разі приймання під язик (сублінгвально) і защічно (суббукально) абсорбція (транспорт, всмоктування) починається досить швидко, речовини діють, обминаючи печінковий бар'єр, не вступають у контакт із хлороводневою кислотою шлунка і ферментами травного каналу. Сублінгвально і суббукально призначають швидкодіючі речовини з високою активністю (наприклад, нітрогліцерин), доза яких є досить низькою, а також речовини, що погано абсорбуються з травного каналу або руйнуються в ньому. Препарат має перебувати в порожнині рота до повного розсмоктування. Проковтування його зі слиною знижує переваги цього шляху введення. Часте застосування лікарських засобів сублінгвально може призвести до подразнення слизової оболонки порожнини рота.

**Введення лікарських препаратів через рот** (перорально) передбачає проковтування лікарської речовини з подальшим пересуванням її травним каналом. Цей шлях є найпростішим і найзручнішим для хворого, не потребує умов стерильності. Однак лише незначна частина лікарської речовини починає абсорбуватися (всмоктуватися) вже у шлунку. Для більшості лікарських речовин найсприятливішим для абсорбції є слабколужне середовище тонкої кишки, тому при пероральному введенні фармакологічний ефект настає тільки через 35–45 хв.

Прийнята всередину лікарська речовина зазнає впливу травних соків і може втрачати свою активність. Прикладом може бути руйнування протеолітичними ферментами інсуліну та інших речовин білкової природи. Деякі речовини зазнають впливу хлороводневої кислоти шлунка і лужного вмісту кишок. Крім того, речовини, що транспортуються із шлунка та кишок, потрапляють через систему ворітної вени в печінку, де починають інактивуватися ферментами. Цей процес отримав назву ефекту первинного проходження. Саме тому, а не внаслідок недостатньої абсорбції дози деяких препаратів (аміназин, наркотичні аналгетики, антагоністи кальцію) при застосуванні їх усередину мають бути значно більшими, ніж при введенні парентерально. Біотрансформацію речовини при первинному проходженні через печінку називають досистемним метаболізмом. Інтенсивність його залежить від швидкості кровообігу в печінці.

Здебільшого пероральне введення ліків рекомендується проводити натще – за 30 хв до їди, але в деяких випадках ліки приймаються під час їди або після її вживання.

Усередину вводять лікарські речовини у формі розчинів, порошків, таблеток, капсул, гранул тощо. Щоб запобігти руйнуванню деяких лікарських речовин у кислому середовищі шлунка, використовують таблетки, вкриті оболонкою, стійкою до впливу шлункового соку, але розчинною у лужному середовищі кишок. Існують лікарські форми (таблетки з багатошаровим покриттям, капсули тощо), які забезпечують поступовий транспорт діючої речовини, що дає змогу продовжувати терапевтичну дію препарату.

У хворих (особливо похилого віку) з порушеною перистальтикою стравоходу або у тих, які довго перебувають у горизонтальному положенні, таблетки й капсули можуть затримуватися у стравоході, утворюючи в ньому виразки. Для профілактики цього ускладнення потрібно таблетки й капсули запивати значною кількістю води. Зменшення подразнювальної дії лікарських засобів на слизову оболонку шлунка можна досягти виготовленням їх у вигляді мікстур із додаванням слизу. У разі значного подразнювального (або ульцерогенного) ефекту препарати, особливо ті, що потребують тривалого курсового застосування (наприклад, диклофенак натрію), доцільно приймати після їди.

Введення лікарських засобів через рот неможливе або утруднене під час блювання, судом, у стані непритомності.

**Інколи лікарські речовини вводять дуоденально** (через зонд у дванадцятипалу кишку), що дає можливість швидко створити високу концентрацію лікарської речовини в кишці. Так вводять, наприклад, магнію сульфат (щоб досягти жовчогінного ефекту або з діагностичною метою).

**У пряму кишку (ректально**) лікарські речовини вводять у вигляді супозиторіїв (свічок) або клізм (дорослим об'ємом не більше 50–100 мл). Ректальне введення дає змогу уникати подразнювальної дії речовин на слизову оболонку шлунка, а також дає можливість застосовувати їх у тих випадках, коли утруднене або неможливе застосування через рот (нудота, блювання, спазм або непрохідність стравоходу). Транспортуючись із прямої кишки, лікарська речовина надходить у кров не через ворітну вену, а системою нижньої порожнистої вени, минаючи печінку. Тому сила фармакологічної дії лікарських речовин і точність дозування у разі ректального способу введення є вищими, ніж у разі перорального, що дає змогу вводити лікарські речовини не тільки місцевої дії (місцевоанестезувальні, протизапальні, дезінфекційні), а й загальної (снодійні, аналгетики, антибіотики, серцеві глікозиди тощо) дії.

**Інгаляційний шлях** є також фізіологічним природним шляхом введення лікарських речовин. У вигляді аерозолів речовини призначають переважно для отримання місцевого ефекту (при бронхіальній астмі, запальних процесах дихальних шляхів), хоча більшість речовин (адреналін, ізадрин, антибіотики), введених таким шляхом, абсорбуються і чинять також резорбтивну (загальну) дію. Вдихання газоподібних або дрібнодиспергованих твердих і рідких лікарських речовин (аерозолів) забезпечує майже таке саме швидке надходження їх у кров, як і введення у вену, не є інвазивним, що важливо стосовно дітей, осіб похилого віку і виснажених хворих. Ефектом легко керувати, змінюючи концентрацію речовини у вдихуваному повітрі. Швидкість транспорту залежить від об'єму дихання, площі активної поверхні альвеол, проникності їх стінки, розчинності речовин у ліпідах, іонізації молекул лікарської речовини, інтенсивності течії крові тощо.

Щоб полегшити інгаляційне застосування нелетких розчинів, використовують спеціальні розпилювачі (інгалятори), а введення і дозування газоподібних речовин і летких рідин (ефір для наркозу, фторотан) здійснюють за допомогою апаратів (наркозних, штучної вентиляції легень).

**Парентеральний шлях** (минаючи травний канал) переслідує одну мету – швидше і без втрат доставити лікарську речовину до внутрішнього середовища організму або безпосередньо в патологічне вогнище.

**Нашкірний шлях** широко використовується в дерматології для безпосереднього впливу на патологічний процес. Деякі речовини мають високу ліпофільність, можуть частково проникати крізь шкіру, надходити у кров і чинити загальну дію. Втирання у шкіру мазей і лініментів сприяє глибшому проникненню лікарських речовин і надходженню їх у кров. З мазевих основ ланолін, спермацет і свинячий жир забезпечують глибше проникнення лікарських речовин у шкіру, ніж вазелін, оскільки вони ближчі за складом до ліпідів організму.

Останнім часом розроблено спеціальні фармакотерапевтичні системи для надходження лікарської речовини крізь шкіру (наприклад, нітрогліцерину) у кров. Це особливі лікарські форми, які фіксуються клейкою речовиною на шкірі і забезпечують повільне транспортування лікарської речовини, за рахунок чого продовжується її ефект.

**Введення лікарських речовин у кон'юнктивальний мішок, зовнішній слуховий прохід, у порожнину носа і на слизову оболонку ротової порожнини** найчастіше передбачає місцевий вплив на патологічний процес у відповідних органах (кон'юнктивіт, отит, риніт, стоматит). Деякі речовини для місцевого застосування мають резорбтивну дію (наприклад, холіноблокуючі та антихолінестеразні засоби при глаукомі). Для отримання резорбтивного антидіуретичного ефекту хворим на нецукровий діабет призначають вдихання через ніс гормонального препарату адіурекрину.

**Введення лікарських речовин у порожнини** застосовують нечасто. У черевну порожнину вводять, як правило, антибіотики під час хірургічних операцій. Введення в порожнини суглобів, плеври є доцільним для ліквідації запальних процесів (артрит, плеврит).

**Серед парентеральних шляхів введення лікарських речовин найпоширенішим є ін'єкційний: у шкіру, під шкіру, у м'яз, вену, в артерію, субарахноїдальний, субдуральний, субокципіталь-ний, внутрішньокістковий** тощо.

Введення у шкіру використовують переважно з діагностичною метою (наприклад, проба на підвищену індивідуальну чутливість до антибіотиків і місцево-анестезувальних, діагностика туберкульозу), а також при вакцинації.

Часто лікарські речовини **вводять під шкіру і внутрішньом'язово**. Ці шляхи використовують за неможливості введення речовин через рот або у вену, а також для продовження фармакотерапевтичного ефекту. Повільна абсорбція лікарської речовини (особливо олійних розчинів) дає змогу створювати у підшкірній клітковині або м'язах депо, з якого вона поступово надходить у кров і міститься там у потрібній концентрації. Під шкіру і внутрішньом'язово не слід вводити речовини, які мають значну місцевоподразнювальну дію, оскільки це може спричинити запальні реакції, утворення інфільтратів, некрозу.

**Введення у вену** прискорює транспортування лікарських речовин, дає можливість швидко створювати в організмі максимальну концентрацію їх і отримувати чіткий лікувальний ефект, що є дуже важливим у випадках надання невідкладної допомоги. Внутрішньовенно вводять тільки водні стерильні розчини лікарських речовин. Категорично заборонено вводити суспензії та олійні розчини (щоб запобігти емболії судин життєво важливих органів), а також речовини, що викликають інтенсивне згущення крові й гемоліз.

Лікарські речовини можна вводити у вену швидко, повільно струминно і повільно крапельно. Найчастіше їх вводять повільно (особливо дітям), оскільки велика кількість лікарських речовин має здатність викликати ефект надто швидко (строфантин, гангліоблокатори, плазмозамінні рідини та ін.), що не завжди бажано і може бути небезпечним для життя. Найраціональнішим є крапельне введення розчинів. Починають, як правило, з 10–15 крапель за 1 хв, поступово збільшуючи швидкість; максимальна швидкість введення – 80–100 крапель за 1 хв. Речовину, що вводять у вену, розчиняють в ізотонічному розчині натрію хлору або глюкози (5% розчин). Розведення в гіпертонічних розчинах (наприклад, у 20 або 40% розчині глюкози), крім окремих випадків, є недоцільним внаслідок можливого ушкодження ендотелію судин.

Останнім часом використовують швидке (впродовж 3–5 хв) внутрішньовенне введення лікарських засобів – у вигляді болюса (грец. bolos – грудка). Дозу визначають у міліграмах препарату або в мілілітрах певної концентрації лікарської речовини в розчині.

**Введення в артерію** дає змогу створювати в ділянці кровопостачання цієї судини високу концентрацію лікарської речовини. Таким шляхом інколи вводять протипухлинні засоби. Для зменшення їх загальної токсичної дії течію крові можна штучно сповільнювати (стискання вен). В артерію вводять також рентгеноконтрастні речовини для уточнення локалізації пухлини, тромбу, аневризми тощо.

Лікарські речовини, які погано проникають крізь гематоенцефалічний бар'єр, **вводять під оболонки мозку – субарахноїдально, субдурально, субокципі-тально**. Так, наприклад, застосовують деякі антибіотики у випадках інфекційного ураження тканин і оболонок головного мозку.

**Внутрішньокісткові ін'єкції** застосовують, якщо технічно неможливе введення у вену (дітям, особам похилого віку), а також іноді для введення великої кількості плазмозамінних рідин (у губчасту речовину п'яткової кістки).

**Переваги парентерального шляху введення лікарських засобів:**

1. Швидкий розвиток фармакологічного ефекту.

2. Висока точність дозування.

3. Можливість введення лікарських засобів, що руйнуються при введенні ентеральним шляхом (інсулін, гепарин).

4. Можливість введення лікарських засобів хворим у непритомному стані.

**Недоліки парентерального шляху введення лікарських засобів:**

1. Потреба стерильності лікарських засобів.

2. Потреба в устаткуванні, підготовленості медичного персоналу.

3. Небезпека інфікування.

4. Введення лікарських засобів часто супроводжується болем.

**Електрофорез** часто називають безкровною ін'єкцією. Аніони й катіони іонізованої лікарської речовини здатні під впливом електричного поля проникати в організм через неушкоджену шкіру (протоками потових і сальних залоз) і слизову оболонку. Частково вони затримуються у тканинах, зв'язуються з білками клітин і міжклітинної рідини, а частково надходять у кров.

**Зразки тестових завдань та ситуаційних задач**

***Задача.*** У дитини 4 місячного віку на фоні ГРВІ, гострого нежитю з’явилася лихоманка 39,5 °С.

*Завдання:* ваша тактика?

*Відповідь:*

- негайно викликати лікаря;

- розгорнути пелюшки, зняти зайвий одяг;

- застосувати фізичні методи охолодження.

**Практичне заняття на тему**

**«Лабораторні методи дослідження функціонального стану органів та систем дитячого організму. Правила і техніка взяття матеріалу для дослідження»**

Місце проведення заняття: міська дитяча клінічна лікарня, відділення СМДКЛ, навчальна кімната. Кількість годин– 4 год.

**АКТУАЛЬНІСТЬ:** чітка організація роботи медичної сестри педіатричного відділення з догляду за дітьми, її взаємодія з молодшою медичною сестрою щодо правил забору матеріалу для дослідження дозволяють вирішувати актуальні завдання діагностики та лікування в досить сприятливі терміни.

**МЕТА** – набути навичок техніки взяття матеріалу для дослідження та підготовки хворих дітей до проведення маніпуляцій.

**КОНКРЕТНІ ЦІЛІ**

*Студент повинен знати:*

* Правила догляду за дитиною під час блювання.
* Техніку взяття промивних вод на дослідження.
* Правила забору матеріалу із дихальних шляхів, шлунково – кишкового тракту.
* Правила забору калу для досліджень.
* Техніку забору у дітей аналізу сечі для дослідження за методиками Зимницького, Нечипоренка, Аддіса-Каковського.
* Техніку взяття сечі на стерильність.
* Критерії оцінки лабораторних досліджень сечі.
* Правила підготовки хворої дитини до маніпуляцій і досліджень.

*Студент повинен вміти:*

* Взяти промивні води на дослідження.
* Надати допомогу дитині під час блювання.
* Зібрати кал для досліджень.
* Зібрати матеріал для досліджень із дихальних шляхів, травної системи.
* Володіти технікою забору у дітей аналізу сечі для дослідження за методиками Зимницького, Нечипоренка, Аддіса-Каковського.
* Взяти сечу на стерильність.
* Підготувати хвору дитину до маніпуляцій та досліджень.

**БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Назви попередніх дисциплін | Отримані навички |
| Етика та деонтологія.Догляд за дітьми. | Особливості деонтології в роботі медсестри педіатричного відді-лення.Особливості санітарно-гігієнічного режиму для дітей різного віку |

**ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТА ДО ЗАНЯТТЯ**

**Теоретичні питання до заняття:**

* Допомога дитині під час блювання.
* Правила забору матеріалу із дихальних шляхів, шлунково – кишкового тракту.
* Техніка забору калу для досліджень.
* Підготовка зондів, катетерів, наконечників до маніпуляцій.
* Техніка забору сечі для досліджень за методиками Зимницького, Нечипоренка, Аддіса-Каковського, на стерильність.
* Критерії оцінки лабораторних досліджень сечі.
* Правила підготовки хворої дитини до маніпуляцій і досліджень.

Вихідний рівень знань і умінь перевіряється шляхом вирішення ситуаційних задач з кожної теми, відповідями на тести та конструктивні питання.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД МАТЕРІАЛУ**

**Догляд за дитиною під час блювання**

Під час блювання голову грудної дитини повертають набік, для того щоб блювотні маси не потрапили у дихальні шляхи і не спричинили запалення легень. Під кут рота підставляють лоток або підкладають рушник. Дитині старшого віку пропонують сісти, підставляють таз і нахиляють її голову вперед. Після блювання маленьку дитину напувають водою, старшій дають воду для полоскання рота. Блювотні маси тримають у закритому посуді в холодному місці доки їх не огляне лікар. Якщо виникає потреба в лабораторному дослідженні, їх виливають у банку з кришкою, на етикетці пишуть прізвище, ім’я, вік дитини і мету дослідження.

**Взяття матеріалу із верхніх дихальних шляхів**

***ПРИГОТУЙТЕ:***

* стерильні пробірки із сухим стерильним ватним тампоном (2 шт.);
* флакон із стерильним фізіологічним розчином;
* лампу;
* стілець;
* маску і стерильні рукавички.

***ПІДГОТУЙТЕ ПАЦІЄНТА:***

* повідомте про призначену маніпуляцію;
* повідомте і місце її проведення;
* доступно поясніть хід маніпуляції і необхідні дії пацієнта.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Проведіть гігієнічну обробку рук.

2. Надіньте маску та стерильні рукавички.

3. Запропонуйте пацієнту сісти зручно на стілець, ближче до спинки.

4. Попросіть пацієнта зсунути обидві ноги вправо (від вас).

5. Сядьте навпроти пацієнта досить близько і обидві ноги посуньте вліво.

6. Візьміть у ліву руку пробірку з тампоном і запропонуйте пацієнту злегка закинути голову і повернути злегка праворуч (пробірка маркована "права ніздря").

7. Правою рукою витягніть тампон із пробірки й акуратно введіть тампон углиб правої ніздрі, якщо в ніздрі достатня кількість вмісту. Якщо ж його немає, то тампон попередньо змочіть стерильним фізіологічним розчином.

***УВАГА!*** При вилученні з флакона стерильного тампона ви повинні доторкатися тільки пробки, в яку вмонтований металевий або пластмасовий стрижень із тампоном.

8. Обережно, намагаючись не торкатися країв пробірки, введіть у неї тампон.

9. Ті самі дії повторіть із лівою ніздрею.

10. Подальші дії див. нижче.

**Взяття матеріалу з глотки**

***ПРИГОТУЙТЕ:***

* стерильні або одноразові шпателі;
* стерильну пробірку з тампоном;
* маску;
* стерильні рукавички;
* штатив для пробірок;
* окуляри.

***ПІДГОТУЙТЕ ПАЦІЄНТА:***

- повідомте про призначену маніпуляцію;

- повідомте про час і місце її проведення;

- у доступній формі поясніть хід маніпуляції та необхідні дії пацієнта.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Проведіть гігієнічну обробку рук, висушіть чистим полотенцем.

2. Одягніть окуляри і маску.

3. Запросіть пацієнта, запропонуйте йому зручно сісти на стілець.

4. Одягніть стерильні рукавички, заздалегідь обробивши руки спиртом.

5. Сядьте навпроти пацієнта і запропонуйте йому зсунути обидві ноги вправо від вас, свої ж обидві ноги посуньте вліво.

6. Візьміть у ліву руку пробірку з тампоном, запропонуйте пацієнту злегка закинути голову і повернути її у ваш бік, широко відкривши рот.

***УВАГА!*** Якщо пацієнт добре відкриває рот, шпатель можна не використовувати. Якщо ж рот відкривається погано, то в ліву руку разом із пробіркою візьміть шпатель, натисніть шпателем біля кореня язика, але не торкаючись його, тому що дотик до кореня язика може викликати блювотну реакцію.

7. Правою рукою, тримаючись тільки за пробку, вийміть з пробірки тампон і введіть його в глотку:

- спочатку проведіть тампоном по правому мигдалику;

- потім перейдіть до піднебіння;

- далі – до лівого мигдалика;

- у кінці – до задньої стінки глотки.

***УВАГА!*** Необхідно стежити за тим, щоб тампон не торкався слизової оболонки рота та язика. Необхідно використовувати тільки один тампон. Секрет необхідно брати у пацієнта натщесерце або через декілька годин після їди.

При явних локалізованих змінах у глотці матеріал береться двома тампонами:

- з вогнища;

- усіх інших секторів.

8. Вийміть тампон з порожнини рота і обережно, намагаючись не торкатися країв пробірки, введіть його у флакон.

9. Відпустіть пацієнта, обробіть робоче місце дез. розчином.

10. Обробіть рукавички в ємності з дез. розчином, зніміть і замочіть у дез. розчині не менше ніж на 60 хв.

11. Вимийте і висушіть руки, оформіть направлення у лабораторію і забезпечте його доставку.

**Взяття матеріалу із нижніх дихальних шляхів**

Про вміст бактеріальної флори в нижніх дихальних шляхах і легенях найчастіше роблять висновок за результатами дослідження мокротиння.

***ПІДГОТУЙТЕ ПАЦІЄНТА:***

- попередьте про призначене дослідження;

- про час і техніку збору мокротиння;

- принесіть йому чашку Петрі;

- поясніть, що пацієнт не повинен докладати зусиль для відхаркування, якщо в момент взяття він не може виділити мокротиння. У цьому разі порадьте зробити або проведіть самі інгаляцію теплим гіпертонічним розчином.

***ПРИГОТУЙТЕ:***

* стерильну чашку Петрі з живильним середовищем;
* окуляри;
* маску;
* стерильні рукавички;
* додатковий халат (хірургічний) або клейонковий фартух;
* посудини з дез. розчином для знезараження матеріалу.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Проведіть гігієнічну обробку рук, висушіть їх.

2. Одягніть окуляри, маску, додатковий халат – особливо при підозрі на ВІЛ, туберкульоз.

3. Запросіть пацієнта, ще раз уточніть його дії, переконайтесь, що він добре вас зрозумів.

4. На відстані 5–10 см піднесіть вертикально чашку Петрі з живильним середовищем, щоб упродовж кількох секунд вловити 5–6 кашльових поштовхів.

5. Чашку з посівом швидко закрийте кришкою і, оберігаючи від охолодження, швидко забезпечте доставку матеріалу в лабораторію (супровідний напрямок оформляється заздалегідь).

6. Обробіть робоче місце дез. розчинами, промийте проточною водою, висушіть.

7. Зніміть маску, окуляри, замочіть їх у посудині з дез. розчином.

8. Зніміть халат, замочіть його в посудині з дез. розчином.

9. Останніми зніміть рукавички. Вимийте, висушіть руки.

Більш сучасними методами взяття секрету з нижніх дихальних шляхів є бронхоскопія та трахеальна пункція, але вони виконуються тільки в пульмонології. Це найбільш досконалі методи і їх використовують для визначення якісної характеристики мікроорганізмів.

**Забір мокротиння на дослідження у старших дітей**

**Мокротиння** – патологічний секрет бронхів, легенів, трахеї, гортані, що виділяється при кашлі та відхаркуванні. Мокрота може бути:

- слизовою;

- серозною;

- гнійною;

- слизисто-гнійною;

- серозно-гнійною;

- кров'янистою.

**Мета** – діагностична. Показання визначає лікар. Протипоказання визначає лікар.

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

* попередьте про день і час здачі мокротиння;
* проінформуйте про техніку збору мокротиння;
* принесіть плювальницю.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Пацієнт збирає ранкове свіже мокротиння.
2. Чистить зуби. Відхаркує мокротиння в плювальницю, не торкаючись її країв (достатньо 5 мл).
3. Щільно закручує кришку і ставить у прохолодне місце.
4. Медсестра оформлює направлення в лабораторію і забезпечує його доставку.

**Збір мокротиння на мікобактерії туберкульозу**

Здійснюється методом флотації, тобто методом накопичення. Мокротиння після дослідження спалюють у муфельних печах.

***ПАМ'ЯТАЙТЕ!*** Мокротиння краще виділяється при глибокому диханні і покашлюванні.

**Збір мокротиння на чутливість до антибіотиків**

Після обробки порожнини рота і зубів пацієнт робить кілька плювків у чашку Петрі, не торкаючись її країв, зберігаючи її стерильність.

**Збір мокротиння на атипові (пухлинні) клітини**

Пухлинні клітини швидко руйнуються, тому для дослідження використовують свіжовиділене мокротиння, зібране в стерильний посуд.

**Взяття матеріалу із шлунково – кишкового тракту.**

**Порожнина рота**

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Візьміть пробірку з тампоном у ліву руку.
2. Запропонуйте пацієнту широко відкрити рот, злегка закинувши голову.

Дотримуючись усіх правил асептики, правою рукою вийміть тампон і проведіть ним по:

* слизовій оболонці щоки;
* яснах;
* язику;
* отворах слинних залоз;
* нальотах, виразках.

З ясенних кишень матеріал забирається петлею, а із зубного каналу – зуболікарським інструментом.

**Стравохід і шлунок**

Найчастіше взяття матеріалу проводиться за допомогою езофагоскопії або гастроскопії.

Блювотні маси треба обов’язково дослідити, навіть якщо вони зібрані в нестерильний посуд.

Хороший результат дає дослідження промивних вод, але лише в тому випадку, якщо вони не містять антисептиків.

***ПАМ'ЯТАЙТЕ!*** Промивні води обов’язково збираються в стерильний посуд.

**Кишечник**

1. Тонкий кишечник – матеріал беруть через шлунок ендоскопом, що має гострі бранші, які відкриваються в потрібному місці, а після взяття матеріалу закриваються. Таким чином, в аналіз потрапляє мінімальна кількість бактерій з інших відділів.

У зв'язку з тим що взяття матеріалу ендоскопом є досить складним процесом, матеріал беруть після дефекації.

***ПРИГОТУЙТЕ:***

* стерильний емальований посуд або добре продезінфіковане судно;
* стерильну пробірку з петлею, можна використовувати пластмасову або дерев'яну паличку, шпатель;
* штатив для пробірок або іншого посуду;
* стерильні маску, рукавички;
* окуляри;
* додатковий халат, можна фартух.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ***

Після дефекації пацієнта на стерильний посуд відпустіть його і стерильним інструментом (петлею, шпателем, пластмасовою або дерев'яною паличкою) відберіть для дослідження в стерильний посуд слизові і гнійні включення, взяті з різних місць (не менше трьох різних місць.

***ПАМ'ЯТАЙТЕ!***Не можна відправляти на бактеріологічне дослідження кал із кров’янистими включеннями у випорожненнях, тому що кров має виражену бактерицидну дію, бактерії в ній гинуть.

Якщо відсутня самостійна дефекація, то:

1. Пацієнта укладають на лівий бік і просять зігнути ноги в колінах та підтягнути їх до живота (якщо з яких-небудь причин пацієнт цього зробити не може, то ліву ногу він згинає в тазостегновому суглобі, а праву залишає прямою).
2. Петлю змочіть у консерванті та обережно введіть у пряму кишку на 8–10 см, обертаючи її навколо осі, потім обережно виведіть з кишки таким самими способом. Уведіть петлю в пробірку, дотримуючись правил асептики!

Весь використаний матеріал підлягає знезараженню. У тих випадках, коли матеріал неможливо відправити впродовж найближчих годин випорожнення, необхідно помістити в консервант для того, щоб запобігти процесу гниття і бродіння, які відбуваються при тривалому зберіганні.

Як виняток, матеріал можна нанести на смужки фільтрувального паперу (2х2 см), які після висушування на повітрі потрібно зберігати в пробірках або целофанових пакетах. При зберіганні папірців у темряві патогенні мікроорганізми здатні зберігати свою життєздатність від 6 до 35 днів.

**ЗБІР КАЛУ НА ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ**

**Мета** – діагностична. Показання визначає лікар. Протипоказань немає.

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

- попередити про призначене дослідження;

- пояснити мамі техніку збору калу;

- видати посудину і шпатель для збору калу;

- видати направлення в лабораторію і клей. Якщо дитина без батьків, то все це робить медсестра.

***ПРИГОТУЙТЕ:***

* чисту суху скляну посудину;
* дерев'яний шпатель, сірники;
* направлення в лабораторію, клей;
* посудини з дез. розчином;
* рукавички.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Надіньте рукавички.

2. Свіжий кал (відразу після дефекації – випорожнення), бажано в теплому вигляді, шпателем помістіть у посудину (невелика кількість), не торкаючись країв її; спаліть шпатель, обробіть рукавички і зніміть їх.

3. Щільно закрийте кришку.

4. Оформіть направлення у лабораторію, приклейте його.

5. Забезпечте доставку матеріалу в лабораторію.

***ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ***

Для дослідження кал краще брати після самостійного акту дефекації в такому вигляді, в якому він виділився. Кал досліджують макроскопічно, мікроскопічно, хімічно і бактеріологічно.

Макроскопічно визначають:

- колір, щільність (консистенцію);

- форму, запах, домішки.

Колір в нормі при змішаній їжі – жовтувато-бурий, коричневий, при м'ясній – темно-коричневий, при молочній – жовтий або світло-жовтий, у новонародженого може бути зеленувато-жовтий.

***ПАМ'ЯТАЙТЕ!*** Колір калу можуть змінити:

- фрукти, ягоди (чорниця, смородина, вишня, мак та ін) у темний колір;

- овочі (буряк, морква та ін.) – у темний колір;

- лікарські речовини (каломель – у зелений, солі вісмуту, заліза, йоду – у чорний);

- наявність крові залежно від ступеня зміни гемоглобіну і його кількості – колір калу може бути чорним, а вигляд калових мас – дьогтьоподібним.

Консистенція калу м’яка. При різних патологічних станах кал може бути:

- кашкоподібним;

- помірно щільним;

- щільним;

- рідким;

- напіврідким;

- замазкоподібним (глинистим), часто буває сірого кольору і залежить від значних домішок незасвоєного жиру.

Форма калу в нормі циліндрична або ковбасоподібна. При спазмах кишечнику кал може бути стрічкоподібним або у вигляді щільних кульок (овечий кал).

Запах калу залежить від складу їжі та від інтенсивності процесів бродіння і гниття. М'ясна їжа дає різкий запах, молочна – кислий.

**Збір калу на яйця глистів**

**Мета** –діагностична. Показання та протипоказання визначає лікар.

***ПРИГОТУЙТЕ***: див. вище.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Надіньте рукавички.

2. Свіжий кал візьміть шпателем із 3 різних місць (з поверхні) і помістіть, не торкаючись країв посудини, всередину, спаліть шпатель.

3. Обробіть рукавички в 3% розчині хлораміну, зніміть, замочіть.

4. Закрийте кришку, наклейте направлення в лабораторію і забезпечте доставку матеріалу в теплому вигляді в лабораторію.

**ЗБІР КАЛУ НА ВИЗНАЧЕННЯ ДИЗЕНТЕРІЇ**

**Мета** – діагностична.

*Показання та протипоказання визначає лікар.*

***ПРИГОТУЙТЕ:***

* спеціальну пробірку з англійською сумішшю (гліцерин, нашатирний спирт), всередині якої знаходиться ректальна трубку (скляна або пластмасова);
* клейонку з пелюшкою;
* рукавички;
* направлення в лабораторію, клей;
* штатив для пробірок;
* посудини з дез. розчином.

***ПІДГОТУЙТЕ ПАЦІЄНТА***: повідомте про маніпуляцію.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Надіньте рукавички.

2. Запропонуйте пацієнту лягти на лівий бік.

3. Обережно, обертальними рухами введіть трубку в анальний отвір на 5–6 см.

4. Обережно виведіть трубку і, не торкаючись країв пробірки, опустіть у неї трубку.

Подальші дії див. вище.

***УВАГА!*** Трубка ректальна проведена через пробку.

**Збір калу на приховану кров**

**Мета** – діагностична. Показання та протипоказання визначає лікар.

***ПРИГОТУЙТЕ***: див. вище.

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА***

- за 3–4 дні до дослідження попередьте про це пацієнта;

- попередьте, щоб зі свого раціону він виключив: їжу, що тримає приховану кров (м'ясо, рибу, яйця та приготовлені з них продукти);

- лікарські засоби, що містять залізо;

- впродовж 3–4 днів пацієнт не повинен чистити зуби зубною щіткою.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ***: див. вище.

**Підготовка пацієнта до рентгенологічного дослідження шлунково-кишкового тракту**

***ПАМ'ЯТАЙТЕ!*** Дослідження пройде тим успішніше, чим ретельніше ви підготовите пацієнта.

Підготовка пацієнта починається за кілька днів до дослідження, особливої підготовки потребують пацієнти, які страждають запорами та метеоризмом.

Медична сестра зобов'язана за призначенням лікаря:

- попередити пацієнта про призначене дослідження, час і місце його проведення;

- попередити про призначену дієту, яка виключає їжу, багату клітковиною, що сприяє підвищенню газоутворення:

а) свіжий чорний хліб;

б) картоплю;

в) горох (усі бобові);

г) свіже молоко, вуглеводи;

ґ) свіжі овочі і фрукти та ін.;

- попередити про припинення вживання їжі за 12 годин до обстеження (при деяких дослідженнях бажано навіть не пити, тому тяжкохворим призначають дослідження тільки на ранкові години);

- попередити пацієнта, що в день дослідження він не повинен вживати їжу, пити;

- попередити пацієнта, що він повинен повідомити, якщо напередодні дослідження виникне здуття живота.

Медсестра повинна знати: якщо пацієнт у день дослідження поїсть, то лікар опиниться у скрутному становищі, а пацієнт – у невигідному, тому що обстеження доведеться повторити у зв'язку з тим, що у пацієнтів, особливо з порушенням моторної та евакуаційної функцій, спостерігається тривала затримка вживаної їжі.

У зв'язку з цим пацієнту напередодні дослідження призначається легка вечеря, не пізніше 19–20-ї години.

Пацієнту дозволяється вживати: яйця, вершки, ікру, сир, м’ясо і рибу без приправ, чай, каву без цукру, кашу на воді та ін.

***ПАМ'ЯТАЙТЕ!*** Повне голодування небажане, тому що воно сприяє газоутворенню.

**Рентгенологічне дослідження шлунка і 12-палої кишки**

Це дослідження проводиться строго натщесерце. Призначення очисної клізми не обов'язкове, достатньо дотримання дієти.

**Підготовка до ендоскопічного дослідження**

**слизової шлунка і 12-палої кишки**

Ендоскопія – це інструментальне дослідження слизової порожнистих органів.

**Мета** –діагностична, лікувальна. Показання визначає лікар. Протипоказання: гострі запалення в ротоносоглотці, стравоході, шлунку та 12-палій кишці.

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

- попередьте про призначене дослідження напередодні;

-повідомте, що дослідження проводиться строго натщесерце, час і місце проведення дослідження;

- у процесі дослідження пацієнт не повинен ковтати слину;

- після дослідження не повинен приймати їжу упродовж 30–40 хвилин, оскільки перед дослідженням проводиться знеболення місцевим анестетиком.

**Взяття матеріалу із сечової системи**

***ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!*** Сеча здорових дітей стерильна! Забруднення її починається в дистальному відділі сечовивідного каналу, де містяться мікроорганізми, що потрапляють сюди з:

- анального отвору;

- слизової оболонки статевих органів.

Для бактеріологічного дослідження необхідно брати 3–5 мл першої ранкової сечі в стерильний посуд, починаючи із середини сечовипускання.

Велике значення має ретельний туалет сечовивідних органів, проведений за всіма правилами – тільки зверху вниз із заміною щораз серветки на нову!

***ПАМ'ЯТАЙТЕ!*** Ранкова сеча, як правило затримується в сечовому міхурі кілька годин, що сприяє збільшенню в ній кількості мікроорганізмів.

Сечу до дослідження не зберігати більше 1 години. При зберіганні в холодильнику вона придатна для дослідження впродовж 1 доби, не більше, оскільки в ній проходить процес безперервного збільшення мікроорганізмів, що може повністю змінити результати кількісного дослідження.

Немає необхідності брати сечу катетером, тому що стерильний катетер, уведений у сечівник, захоплює за собою мікроорганізми з дистальних відділів, і вони потрапляють у міхурну сечу, як при природному сечовипусканні.

**Про бактеріурію** говорять у тому випадку, коли в 1 мл сечі виявляють до 100000 бактерій, і тільки у разі 3-кратного виявлення.

**ЗБІР СЕЧІ НА ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ**

**Мета** – діагностична. Показання визначає лікар. Протипоказань немає.

***ПРИГОТУЙТЕ:***

* чисту суху посудину об'ємом 200–250 мл;
* рукавички;
* посуд для сечі;
* лійку;
* посудину з дез. розчином.

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

- психологічна;

- технічна підготовка пацієнта до збору цього аналізу сечі.

Зверніть особливу увагу на ретельний туалет сечостатевих органів у жінок (у піхву вводиться тампон).

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Після ретельного туалету сечостатевих органів і висушування їх пацієнт перші краплі сечі зливає в судно або в унітаз, а решту порції – в посудину для сечі; у чоловіків перша і остання порції зливаються в унітаз, а середня порція – в посудину.

2. По стінці лійки (щоб сеча не пінилася) пацієнт переливає сечу в посудину (не менше 100мл) і щільно закриває кришкою.

3. Ставить посудину із сечею у санітарну кімнату.

4. Медсестра оформляє направлення у лабораторію, одягає рукавички і приклеює його до посудини.

5. Організовує доставку сечі в лабораторію не пізніше ніж через 1 годину після її збору.

6. Лійку, посудину для сечі замочує в 3% розчині хлораміну.

7. Обробляє рукавички в дез. розчині, знімає їх і замочує в 3% розчині хлораміну.

***ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ***

Пацієнту за день до дослідження тимчасово відміняють сечогінні препарати (якщо він їх приймає).

**У нормі** сеча солом`яно – жовтого забарвлення , прозора, не повинно бути домішок. Допускається 1–3 лейкоцитів у полі зору для хлопчиків, для дівчаток – до 5, еритроцитів – 1–2 у полі зору, білок – до 0,033 г/л, не повинно бути солей та бактерій.

**ЗБІР ДОБОВОЇ СЕЧІ НА ЦУКОР**

**Мета** – діагностична. Показання визначає лікар. Протипоказання визначає лікар.

***ПРИГОТУЙТЕ:***

- чисту суху посудину (від 3 до 10 літрів);

- чисту суху посудину місткістю 300 мл;

- скляну паличку;

- направлення в лабораторію;

- лист обліку діурезу;

- сечоприймач;

- лійку;

- годинник;

- рукавички;

- посудину з дез. розчином.

 ***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

* психологічна;
* повідомте про призначене дослідження;
* проведіть інструктаж з техніки збору сечі.

 ***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Ранкова порція сечі виливається в унітаз і засікається час діурезу, фіксується в листі обліку діурезу.

2. Наступна порція сечі – у діурезницю, пацієнт відзначає в аркуші діурезу кількість, виливає в загальну посудину і так – до наступного ранку.

3. Ранкова порція враховується, вимірюється її кількість і виливається в загальну посудину.

4. Медсестра одягає рукавички, скляною паличкою ретельно розмішує сечу, звертаючи увагу на осад (питома вага цукру вища від питомої ваги води).

5. По стінці лійки відливає із загальної кількості 200 мл сечі, закриває кришкою, решту сечі виливає в унітаз.

6. Загальну посудину, скляну паличку, лійку поміщає в дезінфікційний розчин.

7. Рукавички обробляє в дез. розчині, знімає і замочує їх у ньому.

8. Оформляє направлення у лабораторію.

9. Медсестра забезпечує доставку сечі в лабораторію.

***Додаткова інформація:***

- у нормі цукор у сечі відсутній;

- режим харчування залишається звичайним;

- туалет сечостатевих органів перед кожною порцією сечі не обов’язковий;

- посудина з добовою кількістю сечі зберігається в прохолодному місці і прикривається кришкою.

**Збір сечі для дослідження глюкозуричного профілю**

**Мета** – діагностична. Показання визначає лікар. Протипоказань немає.

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

* психологічна;
* напередодні медсестра зобов'язана повідомити пацієнта про призначене дослідження;
* принести пацієнтові 3 посудини;
* ознайомити пацієнта з технікою здачі сечі.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Ранкову порцію сечі пацієнт виливає в унітаз і відмічає час.

2. Надалі послідовно збирає сечу в 3 посудини:

- 1-ша порція – з 8.00 до 14.00;

- 2-га порція – з 14.00 до 20.00;

- 3-тя порція – з 20.00 до 8.00.

4. Пацієнт вимірює кількість сечі в кожній порції, фіксує в листі діурезу і залишає в кожній посудині не більше 100 мл.

5. Медсестра оформляє направлення у лабораторію, де крім загальних даних, зазначає кількість сечі кожної порції.

6. Діурезницю, лійку поміщає в дез. розчин (у рукавичках).

***ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ***

Пацієнт повинен перебувати на звичайному режимі харчування. Залежно від частоти сечовипускання пацієнт мочиться в кожну посудину один або кілька разів, але тільки впродовж 6 годин. Посудини із зібраною сечею зберігаються в санітарній кімнаті в прохолодному місці.

**Збір сечі на цукор (одномоментна порція)**

**Мета** –діагностична. Показання визначає лікар. Протипоказань немає.

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

- психологічна;

- повідомити пацієнта про дослідження і техніку його виконання:

збирається ранкова або за необхідності будь-яка порція сечі.

***ПРИГОТУЙТЕ:***

- діурезницю;

- лійку;

- посудину для сечі;

- рукавички;

- скляну паличку;

- направлення в лабораторію.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ***

Пацієнт збирає в діурезницю тільки середню порцію сечі, переливає в ємність, далі – див. вище (пп. 5–6).

**ВИМІР ВОДНОГО БАЛАНСУ**

**Мета** – визначити виділення сечі за одиницю часу з урахуванням введеної та випитої рідини. Показання – за призначенням лікаря. Протипоказань немає.

***ПРИГОТУЙТЕ:***

* діурезницю;
* лійку;
* посудину місткістю до 3 л;
* направлення;
* лист обліку діурезу і введеної рідини.

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

* психологічна;
* інструктаж пацієнта.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Надіньте рукавички.

2. Підстеліть під пацієнта клейонку, пелюшку.

3.Укладіть пацієнта на судно (або подайте сечоприймач).

4.Розбудіть пацієнта о 6-й годині ранку і спорожніть йому сечовий міхур (цю порцію не враховувати).

5.Наступні порції зберіть в діурезницю, щоразу враховуючи отриману кількість сечі.

6.Останній раз пацієнт мочиться о 6-й годині ранку наступного дня.

7.Підрахуйте кількість сечі, виділеної за 1 добу, і кількість випитої за 1 добу рідини.

8.Запишіть отримані результати в спеціальну графу температурного листа.

***ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ.***

У нормі за 1 добу дорослий пацієнт повинен виділяти 1,5–2 л сечі, дитина – залежно від віку. Однак її кількість залежить від питного режиму, фізичного навантаження та ін. У нормі людина за 1 добу втрачає приблизно 80% випитої рідини.

Під час підрахунку кількості випитої рідини враховується об’єм: (в мл) перших страв (75% рідини); других страв (50% рідини); випитої впродовж 1 доби рідини – у склянці 250 мл (кефір, соки, мінеральна вода, овочі, фрукти); розчинів, введених парентерально і при запиванні лікарських засобів.

**Збір сечі за Нечипоренком**

**Мета** – діагностична – визначення кількості формених елементів крові в 1мл сечі. Показання визначає лікар. Протипоказання: менструація (за крайньої необхідності після ретельного туалету сечостатевих органів піхва закривається тампоном і сечу беруть катетером).

***ПРИГОТУЙТЕ:***

* чисту суху посудину не менше 250 мл;
* діурезницю;
* лійку;
* направлення в лабораторію;
* дезінфекційні розчини.

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

* психологічна;
* інструктаж про ретельний туалет сечостатевих органів і збір сечі тільки її середньої порції, поясніть, що таке "середня порція".

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1.Напередодні дайте пацієнту чисту суху посудину з кришкою, діурезницю і лійку.

2. Поясніть пацієнтові, що вранці він повинен зібрати в посудину середню порцію сечі (перша і остання – в унітаз).

3. Поясніть, що посудину із сечею необхідно поставити в санітарну кімнату не пізніше 7.30 ранку.

4.Забезпечте правильне оформлення направлення в лабораторію та доставку туди сечі не пізніше ніж через годину після її збору.

***ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ***

За необхідності сеча збирається в будь-який час доби. Пацієнт повинен зібрати не менше 10 мл сечі.

**У нормі в 1 мл:**

- лейкоцитів – до 4 ∙ 103 (у дітей – до 2);

- еритроцитів – до 1 ∙ 103;

- циліндрів – до 250 (гіалінових).

**Збір і дослідження сечі за Каковським–Аддісом**

**Мета** – визначення формених елементів (лейкоцитів, еритроцитів), білка, циліндрів в 1мл. Показання визначає лікар. Протипоказань немає.

***ПРИГОТУЙТЕ:***

- чисту суху посудину 0,5–1 л;

- рукавички;

- лійку;

- консервант (формальдегід).

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

1. Попередьте пацієнта про здачу сечі для аналізу.

2. Повідомте, що потрібно зібрати сечу впродовж 10 годин (з 22.00 до 8.00).

3. Якщо пацієнт у процесі здачі сечі не може утримати її до 8 годин ранку, то він мочиться в посудину порціями. Туди ж додають консервант (формальдегід – 4–5 крапель).

4. Весь об'єм сечі ретельно перемішують на ранок, відливають 200 мл, наливаючи по стінці лійки (щоб не пінилася), і доставляють у лабораторію.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Після ретельного туалету сечостатевих органів пацієнт мочиться в одну посудину з 22 годин.

2. Утримує сечу з 22 годин до 8 годин ранку.

3. Після ретельного туалету сечостатевих органів о 8-й годині ранку мочиться в одну посудину.

4. Сечу ретельно перемішати скляною паличкою, відлити 200мл;

5. Оформити направлення в лабораторію і забезпечити доставку сечі в лабораторію.

***ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ***

Посудина для сечі повинна бути чистою, сухою, бажано не використаною раніше.

Консервант додають, щоб не руйнувалися еритроцити, лейкоцити, якщо пацієнт впродовж даного часу змушений мочитися в посудину.

**У нормі в 1 мл:**

- лейкоцитів – до 4 ∙ 106 (у дітей – до 2);

- еритроцитів – до 1 ∙ 106;

- циліндрів – до 20000 (гіалінових).

**Дослідження сечі за Амбурже**

**Мета** – визначення екскреції формених елементів (лейкоцитів, еритроцитів), білка, циліндрів за 1 хвилину. Показання визначає лікар. Протипоказань немає.

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

1. Повідомте пацієнту про необхідність здати сечу.

2. Проведіть інструктаж пацієнта з техніки здачі сечі.

3. Попередьте про необхідність ретельного туалету статевих органів.

***ПРИГОТУЙТЕ:***

* стерильний лоток;
* стерильний гліцерин;
* стерильний катетер Фаллея;
* стерильну пробірку;
* штатив;
* рукавички;
* маску;
* сечоприймач або судно;
* посудину з дез. розчином.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:***

1. Збір сечі проводиться впродовж 3 годин (з 6 до 9 годин ранку).

2. Надіньте рукавички, маску.

3. Проведіть пацієнту ретельний туалет сечостатевих органів, висушіть їх.

4. Приготуйте стерильну пробірку.

5. Попросіть пацієнта першу порцію (о 6-й годині ранку) вилити в унітаз, а з 9–годинної порції візьміть із середньої порції в пробірку 2/3 її об'єму.

6. Закрийте пробірку стерильною пробкою.

7. Оформіть направлення у лабораторію і забезпечте доставку її в бак. лабораторію.

8. Рукавички, судно (сечоприймач) після дез. обробки замочити в дез. розчині не менше, ніж на 1 годину.

***ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ***

Пробірку отримують у бак. лабораторії. Якщо пацієнт не може помочитися, сечу беруть катетером.

**У нормі за 1хвилину виділяється:**

- лейкоцитів – до 4 ∙ 103 (у дітей – до 2);

- еритроцитів – до 1 ∙ 103;

- циліндрів – до 250 (гіалінових).

**Збір сечі на дослідження за Зимницьким**

**Мета** – визначення концентраційної та видільної функції нирок. Показання: призначення лікаря. Протипоказань немає*.*

***ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:***

1. Поясніть пацієнтові, що питний, харчовий та руховий режими повинні залишатися незмінними.

2. Зібрати сечу необхідно за 1 добу, впродовж кожних 3 годин.

3. Лікар відміняє сечогінні за 1 день до дослідження.

***ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ ПАЦІЄНТА*** (або медсестри, якщо пацієнт перебуває на постільному режимі):

1. Дайте пацієнту 8 пронумерованих посудин із зазначенням часу і 9-ту – запасну. О 6-й годині ранку пацієнт мочиться в унітаз.

2. Потім впродовж кожних 3 годин пацієнт мочиться у відповідні посудини до 6 годин ранку наступного дня, ранкова порція входить до дослідження.

3. Отримані посудини повинні бути щільно закриті кришками з наклеєними етикетками, на яких написані:

- П.І.П/б пацієнта;

- номер відділення;

- номер палати;

- інтервал часу (6–9; 9–12; 12–15; 15–18; 18–21; 21–24; 24–3; 3–6).

4. Забезпечте доставку сечі в лабораторію.

5. Використовувані рукавички, лійку, діурезницю, судно (сечоприймач) обробіть в дез., розчині, потім замочіть у ньому не менше ніж на 60 хвилин кожну окремо.

***ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ***

Медсестра повинна пам'ятати, що вночі кожні три години вона повинна будити пацієнта.

Сеча, зібрана о 6-й годині ранку напередодні, не досліджується, оскільки виділяється за рахунок попередньої доби.

Якщо у пацієнта поліурія і йому не вистачає об’єму однієї посудини, медсестра видає йому додаткову посудину, на якій зазначається відповідний проміжок часу.

Якщо у пацієнта в якийсь інтервал часу сечі немає, ця посудина повинна залишатися порожньою.

***ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ***

Медсестра повинна знати, що денні порції збираються з 6.00 до 18.00 годин.

Денний діурез становить 2/3–4/5 добового.

Густина сечі в нормі 1010–1025. Добовий діурез у нормі становить 1,5–2 л і залежить від багатьох чинників.

*При оцінці результатів медсестра повинна визначити:*

- добовий діурез;

- суму всіх об’ємів усіх проб;

- окремо перші 4 (денних) і останні 4 (нічних) об’єми;

- співвідношення між нічним і денним діурезом;

- урометром густину сечі в кожній порції.

* переливши з посудини сечу в мірний циліндр і опустивши в нього урометр так, щоб він дійшов до дна, визначити, на якій рисці поділу знаходиться рівень сечі по нижньому меніску;

- записати результат у направленні.

У нормі денні порції сечі мають більш низьку густину, ніж нічні, але не нижче 1010.

Зниження густини сечі нижче від 1010 свідчить про зниження концентраційної функції нирок.

Якщо для визначення густини сечі недостатньо, то її густину визначають так: отриману пробу розводять в 2 рази водою, вимірюють урометром і отриманий результат множать на 2.

Якщо об'єм сечі дуже малий, можна розвести в 3 рази і більше і відповідно помножити результат на цю величину. Отримані дані записати в бланку у відповідну графу.

Концентраційна здатність вважається збереженою, якщо найнижча густина не менше 1007, найбільша густина не більше 1027, а розбіжність між максимальними і мінімальними значеннями густини не менше 7, або густина хоча б у одній пробі була не менше 1017. Кількість виділеної рідини повинна бути не менше 70–80% від випитої.

**Внутрішньовенна урографія**

(рентгенологічне дослідження нирок, що вимагає ретельної підготовки)

Кожному пацієнтові лікар призначає індивідуальний план підготовки, але є й загальні рекомендації.

***Медична сестра зобов'язана:***

- попередити пацієнта про призначене дослідження не менше ніж за два дні;

- проконтролювати виконання пацієнтом призначеної дієти і з другої половини дня, що передує дослідженню, обмежити приймання рідини;

- напередодні провести глибоку, до "чистих" промивних вод, очисну клізму;

- вранці, в день дослідження за 2 години до нього провести очисну клізму із 6 склянок теплої води + настій ромашки.

Дослідження проводиться суворо натщесерце, в рентгенологічному кабінеті внутрішньовенно вводиться контрастна речовина (верографін, урографін та ін.)

Медична сестра зобов'язана пам'ятати, що контрастні речовини вводяться у вену пацієнта в горизонтальному положенні зі швидкістю 0,3 мл/с.

Підготовка до ***ультразвукового дослідження*** полягає у звільненні кишечника від газів. Це досягається шляхом дотримання спеціальної дієти. На цей час клізми і приймання карболену, церукалу практично не використовуються.

**ЗРАЗКИ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ**

***Задача 1.*** Нормативні дані лейкоцитів та еритроцитів в аналізі сечі за Нечипоренком у дітей становлять відповідно:

а) <4000 і <1000; б) 4000 і 1000; в) <2000 і <1000; г) <4000 і <500; ґ) <2000 і <100.

***Задача 2.*** Нормативні дані лейкоцитів та еритроцитів в аналізі сечі за Амбюрже у дітей становлять відповідно:

а) <4000 і <1000; б) 4000 і 1000; в) <2000 і <1000; г) <4000 і <500; ґ) <2000 і <100.

**Відповіді на ситуаційні задачі:**

**Задача 1:** правильна відповідь в.

**Задача 2:** правильна відповідь в.

**Список літератури**

**Основної:**

1. Агкацева С. А.Обучение практическим навыкам в системе среднего медицинского образования. Алгоритмы манипуляций в деятельности медицинской сестры С. А. Агкацева. – П-3. : Плещеево озеро, 1997. – 281 с.
2. Алгоритм практичних навичок у педіатрії : навч. посіб. / за ред. проф. О. Є. Федорціва. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2006.
3. Диспансерное наблюдение здоровых детей в условиях поликлиники / П. С. Мощич, З. Н. Жарикова, Л. Н. Левченко, М. И. Борисенко. – К. : Вища шк. Головное изд-во, 1989.
4. Загальний догляд за дітьми : навч. посіб. / Л. С. Калиновська, В. Й. Гроховський, А. Х. Жагліна та ін. – К. : Вища школа, 1993. – 117 с.
5. Капітан Т. В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми / Т. В. Капітан. – Вінниця : ГП ГКФ, 2003. – 766 с.
6. Медицина дитинства : навч. посіб. / Г. Р. Акопян, Ю. Г. Антипкін, В. І. Берзінь та ін.; за ред. П. С. Мощича. – К. : Здоров'я, 1994. – Т. 1.
7. Мурашко В. В. Общий уход за больными / В. В. Мурашко, Е. Г. Шульганов, А. В. Панченко. – М. : Медицина, 1988.
8. Нетяженко В. З. Загальний та спеціальний догляд за хворими / В. З. Нетяженко, А. Г. Сьоміна, М. С. Присяжнюк. – К. : Здоров'я, 1993.
9. Педіатрія : навч. посіб. / за ред. проф. О. В. Тяжкої. – К. : Медицина, 2005.
10. Пропедевтика дитячих хвороб : навч. посіб. / за ред. проф. О. Гнатейка. – Львів : Ліга-прес, 2004.
11. Усов И. Н. Здоровый ребенок : справочник педіатра / И. Н. Усов. – 2-е изд., перераб. й доп. – Мн. : Беларусь, 1994.
12. Фришман М. Н. Справочник участкового педіатра / М. Н. Фришман, А. Х. Жаглина, О. И. Снигур. – К. : Здоров'я, 1982.
13. Чеботарьова В. Д. Пропедевтична педіатрія / В. Д. Чеботарьова, В. Г. Майданник. – Київ, 1999.
14. Щуліпенко І. М. Загальний і спеціальний медичний догляд за хворими з основами валеології / І. М. Щуліпенко. – К. : КИЙ, 1998.

**Додаткової:**

1. Андрейчина М. А. Довідник фельдшера / М. А. Андрейчина. – К. : Здоров’я, 1997. – 664 с.
2. Сестринська справа / за ред. проф. М. Г. Шевчука. – К. : Здоров’я, 1994. – 496 с.
3. Сестринська справа / Г. Л. Апанасенко, С.А. Богуш, Н. М. Тросцінська та ін. – К. : Здоров'я, 1994. – 496 с.
4. Смирнова З. М. Основи сестринської справи: посібник з медсестринського процесу / З. М. Смирнова, З. Б. Алтинбекова. – К. : Здоров’я, 2002.
5. Спок Б. Ребенок и уход за ним / пер. с англ. Н. Д. Перовой. – М. : Панорама, 1991.