**Практичне заняття №1.**

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

**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 18 років.

**Структура дитячих лікувально-діагностичних закладів.**

Дитяча поліклініка

* + реєстратура;
	+ фільтр з 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 прийому та виписки хворих.

2.Основні структурні підрозділи стаціонару лікарні:

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

З.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 в 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** |
| профілактична робота | Профілактичні заходи по охороні 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, що гостро захворіли. |
| Організаційна робота | Диспансерне спостереження за дітьми ІІ-У груп здоров'я. Аналіз і планування роботи. Робота з медичною документацією. Робота з дільничною медичною сестрою. Контроль за диспансеризацією лікарями-спеціалістами. Планування і проведення профщеплень. |
| Протиепідемічна робота  | Спостереження за хворими з інфекційною патологією вдома і їх лікування, при необхідності - госпіталізація.Реєстрація інфекційних захворювань (термінове повідомлення в СЕС). Робота у вогнищі інфекції і ізоляція хворих, спостереження за контактними і реконвалесцентами, зняття їх з обліку. Робота з санактивом. Санітарна освіта. |
| Санітарно-просвітня 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 здоров'я.2. Кількість хворих на диспансерному обліку.3. Процент дітей 1-го року життя, що знаходились 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 по 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.

**Групи ризику –** це діти II групи здоров'я, у яких ще відсутня хронічна патологія, але наявні різноманітні функціональні та морфологічні відхилення, що зумовлюють по­тенційну можливість погіршення здоров'я.

Види груп ризику:

* по виникненню патології ЦНС;
* по внутрішньоутробному інфікуванню;
* по розвитку трофічних порушень;
* по виникненню анемії;
* по виникненню бронхолегеневої патології;
* по розвитку вроджених вад;
* група соціального ризику.

Заходи в групі ризику:

* в групі ризику - спостереження за індивідуальним планом;
* проведення додаткових лабораторно-діагностичних обстежень;
* організація широкого комплексу лікувально-оздоровчих заходів.

Комплексна оцінка стану здоров'я дітей дозволяє умовно розподілити їх на групи здоров'я.

**Групи здоров'я дітей**

|  |  |
| --- | --- |
| група | контингент |
| I | Здорові діти, які не мають відхилень за всіма ознаками здоров'я, не хворіють або хворіють рідко, з незначними відхиленнями, що не впливають на стан здоров'я і не потребують корекції  |
| II – А | Діти з обтяженим біологічним (патологія вагітності, ускладнені пологи, багатоплідна вагітність, недо­ношеність, наявність не різко виражених ознак незрілості, несприятливий перебіг раннього неонатального періоду) і несприятливим сімейним анамнезом (зловживання батьками алкоголю, токсико­манія, неповна сім'я та ін.,), але з нормальним фізичним і нервово-психічним розвитком, без функціональних відхилень |
| II - Б | Діти з наявністю функціональних відхилень, такі, що часто і тривало хворіють на гострі респіраторні захворювання, діти з "ризиком" виникнення у них хронічної патології, реконвалесценти після гострих тяжких захворювань |
| III | Діти з хронічною патологією в стані компенсації |
| IV | Діти з хронічною патологією в стані субкомпенсації |
| V | Діти з хронічною патологією в стадії декомпенсації |

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

**Смертність немовлят =** Кількість дітей, що померли в віці до 1 року в даному році : 2/3 новонароджених, що народились живими в поточному році + 1/3 н/н, що народились живими в минулому роціх 1000

**Індекс здоров'я =** Число дітей, що не хворіли на 1-му році життя : Число дітей, що досягли 1-го року життя х 1000

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

**Народжуваність =** Число народжених :Середньорічна чисельність населення х 1000

**Первинна захворюваність =** Число дітей, що вперше захворіли в поточному році :Середньорічна чисельність дитячого населення х 1000

**Загальна захворюваність =** Число всіх зареєстрованих хворих дітей в поточному році : Середньорічна чисельність дитячого населення х 1000

**Об'єм диспансерного спостереження за дітьми =** Число хворих дітей, що знаходяться на диспансерному спостереженні протягом року : Середня кількість дітей на дільниці х 1000

**Ефективність диспансеризації =** Число хворих дітей, знятих з диспансерного обліку в зв'язку з покращенням стану здоров'я : Число хворих дітей, що знаходяться на обліку з початку року х 1000

**АЛГОРИТМ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА**.

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

II етап. В 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**

**МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

**А. Тестові завдання:**

**Б. Задачі для самоконтролю:**

***Задача 1.*** Дитині 1 міс., народилася від І фізіологічної вагітності, нормальних пологів, з масою 3 000 г. Період новонародженості — без особливостей. З боку фізичного, психомоторного розвитку змін не вияв­лено. Сімейний анамнез: батьки не працюють, батько зловживає алкоголем.

*Завдання:* 1. Визначити групу здоров'я дитини. 2. Пояснити відповідь.

*Еталон відповіді:* 1. ІІ-А група. 2. Хоча дитина здорова, сімейний анамнез несприятливий, тому дитина потребує ретельного догляду з боку медичного персоналу.

***Задача*** *2.* В стаціонар обласної дитячої лікарні "швидкою допомогою" доставлений хлопчик 7-ми років з підозрою на гострий апендицит. З анамнезу відомо, що сестра хлопчика в даний момент хвора на вітряну віспу.

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

*Еталон відповіді:* 1. В бокс інфекційно-діагностичного відділення, оскільки хлопчик контактний по вітряній віспі.

**Рекомендована література.**

**Основна література**

1 Методичні вказівки до практичних занять із курсу «Догляд за хворими» / укладачі: С. І. Бокова, Г. О. Сумцов. – Суми: Сумський державний університет, 2021. – 76 с.

2 Methodological instructions practical lessons on the topic “Features of childcare at different ages: periods of development, assessment of the deneral condition and elements of neuropsyological development of the child” on the discipline “European experience of care for children of young age” (in accordance with the conditions of the Bologna process) [Електронний ресурс] : for students of specialty 222 “Medicine” of the full-time course of study / O. I. Smiian, V. A. Horbas. — Sumy : Sumy State

3 Методичні вказівки до практичного заняття з теми "Періоди дитячого віку, їх характеристика та особливості. Збирання анамнезу. Клінічний огляд дитини. Критерії оцінювання загального стану дітей" із дисципліни "Європейський досвід догляду за дітьми раннього віку" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 222 "Медицина", 228 "Педіатрія" денної форми навчання / О. І. Сміян, П. І. Січненко. — Суми : СумДУ, 2022. — 40 с.

Допоміжна література

1 Збірник тестових питань для самостійної роботи з дисципліни «Догляд за хворими» [Електронний ресурс]: для студ. спец. 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» денної форми навчання / С.І. Бокова. – Ел. видання каф. Сімейної медицини – Суми: СумДУ, 2020. – 33

2 Methodical instructions for practical exercises in the discipline «Nursing» / compilers: G. A. Sumtsov, S. I. Bokova. – Sumy : Sumy State University, 2020. – 30 p.

3 Попов С.В., Сміян О.І., Лобода А.М., Бокова С.І. та ін. Патент на корисну модель України №138951. Спосіб прогнозування розвитку некротизуючого ентероколіту у новонароджених. / заявник та власник патенту Сумський держ. університет; заявл. 04.06.19.

4 Догляд за хворими (у педіатрії) / навч.посібник: В.А.Клименко, Г.С. Сивопляс-Романова, Ю.В.Карпушенко, О.С. Лупальцова – Харків, ХНМУ, 2017. – 80 с

5 Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

6 Popov S.V, Loboda A.N., Smiyan O.I., Redko O.K., Bokova S.I., Moshchych O.P. et al. Peaculiarities of antibiotic-associated diarrhea development in children with acute respiratory infections». "Wiadomosci Lekarskie", 2019, ТОМ 72, Nr 1, 79-83.

7 Методичні вказівки з дисципліни "Пропедевтика педіатрії" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 7.110101 "Лікувальна справа" денної форми навчання. Ч.3 : Вигодовування дітей / О. І. Сміян, В. А. Горбась, П. І. Січненко. — Суми : СумДУ, 2017. — 39 с.

8 Методичні вказівки з дисципліни "Сестринська практика" до модуля "Основні обов'язки та професійні дії медичної сестри дитячого відділення" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 7.12010001 "Лікувальна справа", 7.12010003 "Медико-профілактична справа" денної форми навчання. Ч.1 / О. І. Сміян, П. І. Січненко, В. А. Горбась. — Суми : СумДУ, 2013. — 91 с.

Інформаційні ресурси в Інтернеті

1 https://elearning.sumdu.edu.ua/works/6868/nodes/1951586#anchor1951586

2 https://elearning.sumdu.edu.ua/free\_content/lectured:64a8b599ceca42d88237ea690d858e23fb99b183/20211006053127//index.html

**Практичне заняття № 2.**

**«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, учбова 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, запобіганню багатьох захворювань.

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. Знати 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. Знати особливості санітарно-гігієнічного режиму для дітей різного віку (гігієна дітей і підлітків).

4. Знати роботу приймального відділу.

5. Принципи санітарної обробки хворих.

6. Знати правила транспортування хворих.

7. Протиепідемічний режим дитячої лікарні.

Вміти:

1. Дотримуватися правил санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів в 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 з різною патологією у відділи лікарні.

5. Провести вологе прибирання приміщень, попередньо приготувавши дезінфікуючі 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 закладів

Особливості санітарно-гігієнічного режиму для дітей різного віку

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ ПРАЦІ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТА ДО ЗАНЯТТЯ:

Теоретичні питання до заняття:

1. Вивчити санітарно-гігієнічний режим в 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.

2. Засвоїти санітарно-гігієнічний режим в дитячій лікарні:

а) відділення для новонароджених дітей;

б) палати для старших дітей;

в) операційний блок;

г) санвузол.

3. Вивчити роботу приймального відділу дитячої лікарні:

а) реєстрація;

б) лікарський огляд;

в) санітарна обробка;

г) заходи при виявленні педикульозу.

4. Вивчити особливості транспортування хворих у відділи:

а) в залежності від віку;

б) в залежності від тяжкості стану.

5. 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. № 288 від 28. 03.94«Про санітарно-протиепідемічний режим і охорону праці персоналу педіатричних лікарень (відділень)»

2. № 38 від 28.03.94. «Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом»

3. № 916 від 04. 08.83. «Про санітарно-протиепідемічний режим і охорона труда персоналу інфекційних лікарень (відділень)»

КОРОТКИЙ ВИКЛАД МАТЕРІАЛУ

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

Принцип групової ізоляції В 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 • 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;

• в роздягальні - індивідуальні шафи з полицями для головних уборів;

• в туалетних кімнатах - 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-х разів на день.

 Санітарна обробка приміщень Миття:

• щоденно - фарбовані підлоги гарячою водою;

• паркет - двічі на місяць;

• фарбовані панелі - 1 раз в 3 дні;

• панелі, підвіконня, двері, радіатори - 1 раз в місяць.

 Протирання:

• щоденно - меблі, батареї, ліжка;

• 1 раз в місяць - віконні стекла і світильники.

 Генеральне прибирання:

• 1 раз в 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 в місяць обробляють щіткою, змоченою в 2% розчині хлористоводневої кислоти, ополіскують;

• весь інвентар маркований, для кожного приміщення окремий.

 ІІ. Санітарно-гігієнічний режим в 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;

• учбово-спортивне приміщення;

• приміщення культурно-масового призначення;

• приміщення для роботи гуртків;

• приміщення для організації продовженого дня;

• приміщення загального призначення: актовий зал, бібліотека, адміністративно-господарські, медичного обслуговування, санвузли, вестибюль з гардеробом.

 Санітарні правила і норми до учбово-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 загальному обідньому залі.

 Гігієнічні вимоги до учбових меблів і обладнання • меблі повинні бути зручними, забезпечувати збереження правильної робочої постави;

• меблі підібрані правильно, якщо висота сидіння стільця дорівнює висоті гомілки з ступнею у взутті, а глибина на 5-6 см менша довжини стегна;

• висота кришки стола повинна бути на 5-6 см вище ліктя дитини, що сидить з опущеними руками;

• стілець повинен бути засунутий за край стола на 4-8 см.

 Контроль за санітарним становищем школи • при вході в школу встановлюють решітки для очищення взуття;

• в тамбурі повинні бути коврики і віник;

• застосування змінного взуття;

• температура приміщень:

• в класах і кабінетах - 17-21С;

• в майстернях по обробці металу і дерева - 16-18С;

• в спортивному залі - 15-17С;

• в душових - 25С;

• в актовому залі - 17-20С;

• в спальних приміщеннях - 16-18С;

• в вестибюлі і гардеробі - 16-19С;

• в 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 прийому їжі; гардеробні - після початку заняття кожної зміни; актовий зал - в кінці дня;

• вологе прибирання спортивного залу проводять не менше 2-х разів в день; мати вибивають на відкритому повітрі не рідше 1 разу в 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 в 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 дезінфікуючих засобів;

• провітрювання кілька разів в день;

• температура повітря 22С, відносна вологість повітря 60%;

• протирання ліжечка щоденно 0,5% розчином хлораміну;

• дезінфекція матраців в дезкамері після виписки 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;

• в 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

ІІ. Робота приймального відділення.

Приміщення приймального

відділення реєстратура;

- оглядові кабінети;

- санпропускник;

відділення

 ургентна лабораторія;

- рентген-кабінет

Послідовність роботи приймального відділення

 реєстрація хворих;

- лікарський огляд;

- санітарна обробка;

- оформлення відповідної документації;

- транспортування.

Транспортування 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 протиепідемічного режиму дитячої лікарні - огляд шкіри, слизових оболонок, термометрія;

- огляд для виявлення інфекційних захворювань в боксованих кабінетах;

- обробка меблів, предметів огляду кожної дитини дезінфікуючим розчином;

- виявлення педикульозу;

- санітарна обробка хворих;

- вологе прибирання приміщення із застосуванням дезінфікуючих 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: «Нітіфор», «Бензил-бензоат», «Лонгацефт», «Педіцид», «Пара-плюс» - аерозоль;

- при виявленні вошей на тілі і білизні - обробка одягу дезінфікуючим розчином: гек¬сахлораном; 0,5% карбофосом; 1% аустофосом;

обробка білизни в дезінсекційній камері;

- гоління волосся на тілі;

- обробка шкіри одним із дезінсекційних засобів;

- на титульному листку медичної карти відмітка «Р+».

АЛГОРИТМ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА

І етап.

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

2. Провести санітарну обробку дитячих групових приміщень.

II етап. Приготувати дезінфікуючі розчини: 1% розчин хлораміну, 0,5% розчин освітленого хлорного вапна.

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

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Тестові завдання:

Тема 2. Організація сан-гіг. та протиепідемічного режимів. Госпіталізація хворих. Сан. обробка і транспортування хворих.

1. Вимоги до меблів для дітей ДДЗ:

А. Відстань між столами - не менше 0,5 м

Б. Відстань столів від вікна- 1 м

Г. В туалетних кімнатах- настінні вішалки з індивідуальними рушниками

Д. Все вірно

2. Протирання сповивального столика для новонароджених розчином хлораміну:

А. 0,5

Б. 1 %

В. 2 %

Г. 5 %

3. Температура повітря та відносна вологість в палатах для новонароджених:

А. Т-18 °С, в/вологість - 40%

Б. Т-18 °С, в/вологість 60%

В. Т-20°С. в/вологість - 25%

Г. Т-22 °С, в/вологість - 60%

Д. Т-22 °С, в/вологість 80%

4. Транспортування ослаблених хворих у відділення:

А. На кріслі-каталці

Б. На руках

В. Пішки

Г. На носилках

5. Кого необхідно оповістити лікарю приймального відділення при виявленні гнид, на волоссі голови

у дитини:

А. Відправляють повідомлення батькам за місцем роботи

Б. Відправляють повідомлення в ДДЗ чи школу

В. Відправляють повідомлення в СЕС за місцем проживання

6. Послідовність роботи приймального відділення така:

А. Лікарський огляд, реєстрація хворих, лікарський огляд, санітарна обробка, оформлення відповідної документації, транспортування у відділення

Б. Лікарський огляд, санітарна обробка, реєстрація хворих, оформлення відповідної документації, транспортування у відділення

В. Реєстрація хворих, лікарський огляд, санітарна обробка, оформлення відповідної документації, транспортування у відділення

Г. Реєстрація хворих, санітарна обробка, оформлення відповідної документації, лікарський огляд, транспортування у відділення

7. На наявність педикульозу оглядаються діти:

А. Всі діти при госпіталізації незалежно від віку

Б. Всі діти при госпіталізації віком від 5 років

8. Всі діти при госпіталізації віком від 3 років

Г. Всі діти при госпіталізації шкільного віку

8. Провітрювання палат:

А. взимку - не рідше 4-х разів, влітку - не рідше 5-ти разів

Б. взимку - 3 рази, влітку -4 рази

В. взимку - 2-3 рази, влітку - не рідше 4-х разів

Г. взимку — 0-1 рази, влітку — не рідше 2-х разів

9.Необхідна площина (м2) в палаті на одне ліжко у фізіологічному відділенні новонароджених:

А. 0,5 м2

Б. 1,5 м2

В. 2 м2-

Г. 2,5 м2

10. Вологе прибирання палат для новонароджених здійснюють:

А. 3-5 разів на день з застосуванням дез. розчинів

Б. і-2 разів на добу з застосуванням дез. розчинів

В. 3-5 разів на добу з застосуванням дез. розчинів

Г. 3-5 разів на день з застосуванням мильного р-ну

Правильні відповіді до тестів

І.Д.

2. А.

З.Г.

4. А.

5. В.

6. В.

7. А.

8. В.

9.Г.

10.А

Б. Задачі для самоконтролю:

СИТУАЦІЙНА ЗАДАЧА

Задача. В приймальному відділенні обласної дитячої лікарні знаходиться хлопчик 8 років, направле¬ний на лікування в гастроентерологічне 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 дезінфікуючих 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 з кришкою, а потім спалюють. 2. На титульному листку медичної картки ставлять відмітку «Р+». 3. Відправляють повідомлення в СЕС за місцем проживання дитини.

Рекомендована література.

Основна література

1 Методичні вказівки до практичних занять із курсу «Догляд за хворими» / укладачі: С. І. Бокова, Г. О. Сумцов. – Суми: Сумський державний університет, 2021. – 76 с.

2 Methodological instructions practical lessons on the topic “Features of childcare at different ages: periods of development, assessment of the deneral condition and elements of neuropsyological development of the child” on the discipline “European experience of care for children of young age” (in accordance with the conditions of the Bologna process) [Електронний ресурс] : for students of specialty 222 “Medicine” of the full-time course of study / O. I. Smiian, V. A. Horbas. — Sumy : Sumy State

3 Методичні вказівки до практичного заняття з теми "Періоди дитячого віку, їх характеристика та особливості. Збирання анамнезу. Клінічний огляд дитини. Критерії оцінювання загального стану дітей" із дисципліни "Європейський досвід догляду за дітьми раннього віку" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 222 "Медицина", 228 "Педіатрія" денної форми навчання / О. І. Сміян, П. І. Січненко. — Суми : СумДУ, 2022. — 40 с.

Допоміжна література

1 Збірник тестових питань для самостійної роботи з дисципліни «Догляд за хворими» [Електронний ресурс]: для студ. спец. 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» денної форми навчання / С.І. Бокова. – Ел. видання каф. Сімейної медицини – Суми: СумДУ, 2020. – 33

2 Methodical instructions for practical exercises in the discipline «Nursing» / compilers: G. A. Sumtsov, S. I. Bokova. – Sumy : Sumy State University, 2020. – 30 p.

3 Догляд за хворими (у педіатрії) / навч.посібник: В.А.Клименко, Г.С. Сивопляс-Романова, Ю.В.Карпушенко, О.С. Лупальцова – Харків, ХНМУ, 2017. – 80 с

4 Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

5 Методичні вказівки з дисципліни "Пропедевтика педіатрії" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 7.110101 "Лікувальна справа" денної форми навчання. Ч.3 : Вигодовування дітей / О. І. Сміян, В. А. Горбась, П. І. Січненко. — Суми : СумДУ, 2017. — 39 с.

6 Методичні вказівки з дисципліни "Сестринська практика" до модуля "Основні обов'язки та професійні дії медичної сестри дитячого відділення" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 7.12010001 "Лікувальна справа", 7.12010003 "Медико-профілактична справа" денної форми навчання. Ч.1 / О. І. Сміян, П. І. Січненко, В. А. Горбась. — Суми : СумДУ, 2013. — 91 с.

**Практичне заняття № 3**

**Методи та техніка введення лікарських засобів. Переваги та недоліки різних видів введення. Догляд за дітьми, у яких спостерігається гарячка, захворювання нервової, дихальної та серцево – судинної систем.**

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

Кількість годин 4

Актуальність: Однією з основних галузей охорони здоров’я населення України є охорона материнства і дитинства. Надання кваліфікаційної медичної допомоги дітям в педіатричному відділенні дитячого стаціонару – невід’ємна частина цієї галузі. Чітка організація роботи медичної сестри медсестринського посту педіатричного відділення сприяє підвищенню ефективності роботи з дітьми, їх швидкому одужанню, правильність ведення медичної документації забезпечує належний контроль за діяльністю даної установи.

Мета: Вивчити роботу медсестри педіатричного відділення; оволодіти навичками організації роботи медичної сестри педіатричного відділення; набути професійні навички роботи медичної сестри педіатричного стаціонару

КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

Студент повинен знати:

Обов’язки та дії постової медсестри:

• техніку проведення термометрії

• техніку вимірювання артеріального тиску

• правила дослідження властивостей пульсу

• правила заповнення листка призначень

• особливості введення лікарських засобів.

• Техніку взяття мазків із зіва та носа.

• Правила накладання зігрівального компресу.

• Техніку застосування гірчичників, користування грілкою, пухирем з льодом. Правила користування кишеньковим та стаціонарним інгаляторами.

• Методику і техніку подавання дітям зволоженого кисню та користування кисневою подушкою.

• Правила підготовки хворої дитини до маніпуляцій і досліджень;

Студент повинен вміти:

o дотримуватися правил деонтології в роботі медсестри

o користуватися в роботі законодавчими та нормативними актами

o виконувати основні обов‘язки медсестри

o провести термометрію

o виміряти артеріальний тиск

o дослідити властивості пульсу

o Надати допомогу під час лихоманки, судом;

o Надати допомогу під час зупинки серця;

o Провести непрямий масаж серця та ШВЛ

o Поставити гірчичники;

o Надати дитині зволожений кисень;

o Поставити грілку;

o Взяти мазки із зіву та носу на дослідження;

o Користуватись кишеньковим та стаціонарним інгаляторами

o Підготувати хвору дитину до маніпуляцій та досліджень;

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 ПРАЦІ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТА ДО ЗАНЯТТЯ:

Теоретичні питання до заняття:

• техніка проведення термометрії

• техніка вимірювання артеріального тиску

• правила дослідження властивостей пульсу

• особливості введення лікарських засобів. Принципи надання першої медичної допомоги при гострих захворюваннях органів дихання серцево – судинної та нервової систем у дітей (судоми, лихоманка, стороннє тіло в бронхах,зупинка серя).

• Техніка проведення непрямого масажу серця та ШВЛ;

• Техніку взяття мазків із зіва та носа.

• Правила накладання зігрівального компресу.

• Техніка застосування гірчичників, користування грілкою, пухирем з льодом. Правила користування кишеньковим та стаціонарним інгаляторами.

• Методика і техніка подавання дітям зволоженого кисню та користування кисневою подушкою.

• 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

Завдання та обов’язки сестри дитячого стаціонару. Керується чинним законодавством України про охорону здоров’я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров’я. Бере участь у лікувально-діагностичному процесі. Виконує лікарські призначення. Проводить маніпуляції та процедури згідно з профілем роботи. Забезпечує медичний догляд за хворими дітьми. Наглядає за годуванням дітей. Проводить профілактичні заходи, спрямовані на запобігання захворювань та своєчасне їх виявлення.

 Володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Володіє методами асептики та антисептики. Веде медичну документацію. Бере активну участь у поширенні медичних знань серед населення щодо профілактики захворювань та їх ускладнень. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

 Повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров’я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров’я; права, обов’язки та відповідальність сестри медичної дитячого стаціонару; організацію роботи дитячого стаціонару (пологового будинку); анатомо-фізіологічні особливості дитячого віку; нервово-і психічний та фізичний розвиток дітей; основи психології здорової та хворої дитини; основи загально медичних і клінічних дисциплін; клініку найбільш поширених дитячих захворювань; правила догляду за хворими дітьми та новонародженими; особливості догляду за недоношеними дітьми та дітьми із групи ризику; принципи раціонального вигодовування; фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення; основні принципи проведення санітарно-профілактичної роботи з дітьми та батьками; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; правила асептики та антисептики; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Вимірювання артеріального тиску.

Загальні відомості.

Цифри "нормального" або "робочого" артеріального тиску в людини непостійні протягом її життя, вони можуть змінюватися з віком, залежати від стану здоров'я й наявності того або іншого захворювання. У немовляти середні показники артеріального тиску (АТ) становлять 80/50 мм рт. ст. Протягом усього періоду дорослішання цей показник поступово збільшується (див. таблицю).

Вікові норми показників артеріального тиску в дітей

Вік, років Межі варіантів норми систолічного тиску

 (мм рт. ст) Межіі варіантів норми діастолічного тиску

 (мм рт. ст)

3 92-105 48-62

4 93-110 48-63

5 95-113 48-66

6 95-114 51-70

7 91-114 53-71

8 76-98 43-58

9 79-99 43-58

10 79-99 45-61

11 83-102 47-63

12 85-107 47-64

13 86-108 48-65

14 90-113 49-69

15 91-115 48-69

16 91-121 50-71

17 95-117 54-71

В зрілому віці артеріальний тиск становить в середньому 120/80 мм рт. ст.

Артеріальний тиск - один з найважливіших показників функціонування організму, тому кожній людині необхідно знати його величину. Чим вищий рівень артеріального тиску, тим вищий ризик розвитку таких небезпечних захворювань, як ішемічна хвороба серця, інсульт, інфаркт, ниркова недостатність.

Для оцінки рівня артеріального тиску використовується класифікація Всесвітньої організації охорони здоров'я, прийнята в 1999 році.

Категорія артеріального тиску\* Систолічний(верхній) артеріальний тиск мм рт. ст. Діастолічний (нижній) артеріальний тиск мм рт. ст.

Норма

Оптимальний\*\* Менше 120 Менше 80

Нормальний Менше 130 Менше 85

Підвищений нормальний 130-139 85-89

Гіпертонія

1 ступінь(м'яка) 140-159 90-99

2 ступінь(помірна) 160-179 100-109

3 ступінь (важка) Більше 180 Більше 110

Погранична 140-149 Менше 90

Ізольована систолічна гіпертонія Більше 140 Менше 90

\* Якщо систолічний й діастолічний артеріальний тиск виявляється в різних категоріях, вибирається вища категорія.

\*\* Оптимальний стосовно ризику розвитку серцево-судинних ускладнень і до смертності

Терміни «м'яка», «погранична», «важка», «помірна», наведені в класифікації, характеризують тільки рівень артеріального тиску, а не ступінь важкості захворювання хворого. У повсякденній клінічній практиці прийнята класифікація артеріальної гіпертонії Всесвітньої організації охорони здоров'я, заснована на поражені так званих органів-мішеней. Це найбільш часті ускладнення, які виникають у головному мозку, очах, серці, нирках і судинах.

Методи вимірювання

Механічний тонометр складається надувної манжети, в яку нагнітається повітря, вимірювача тиску (сфігмоманометра) і стетофонендоскопа, для прослуховування тонів Короткова.

Звуки, які ми чуємо при вимірюванні АТ, називаються тонами Короткова. Вони мають 4 фази:

1. Поява тонів над артерією (тиск у манжетці = систолічний тиск)

2. Посилення інтенсивності звуків

3. Момент появи голосних тонів (звук досягає максимальної сили)

4. Ослаблення й зникнення звуків (тиск у манжетці = діастолічний тиск)

Існують певні й досить строгі вимоги до процедури вимірювання артеріального тиску.

Стандартний аускультативний метод реєстрації АТ передбачає наступні правила:

• Людина, яка проводить дослідження, повинна мати нормальну гостроту слуху. Але навіть при гарному слуху важливо мати високоякісний стетофонендоскоп

• За 30 хв. перед вимірюванням потрібно виключити прийом їжі\ фізичне напруження та вплив холоду

• Перед вимірюванням АТ потрібно спокійно посидіти або полежати і розслабитися

• Вимірювання починається через 5 хв. перебування у вищевказаному положенні

• При вимірюванні АТ в положенні сидячи спина повинна мати обов'язково опору, тому що будь-які ізометричні напруження негайно призводять до підйому АТ. Середня точка плеча повинна знаходитися на рівні серця (ІУ міжребер'я)

• Вимірювання виконуються на обох руках пацієнта в положенні

 - сидячи, плече, на яке накладається манжета, розміщене під кутом 45 градусів стосовно передпліччя, яке лежить на горизонтальній опорі

- лежачи, плече, на яке накладається манжета, розміщене на одному рівні з передпліччям, рука перебуває на горизонтальній опорі.

• Вимірювання виконуються і на ногах, у положенні пацієнта лежачи або стоячи, при цьому манжета накладається на стегно.

• Манжета апарата повинна відповідати довжині й окружності плеча або стегна. Ширина плечової манжети для немовлят повинна бути 2,5-4 см, довжина 5-10 см, для грудних 6-8 й 12-13 см, для дошкільнят 9-10 й 17-22 см відповідно. Для школярів може використатися стандартна манжета шириною 12-13 см і довжиною 22-23 см. Для вимірювання тиску на ногах використовується стандартна настегнова манжета для дітей і дорослих. Варто пам'ятати, що використання непомірно великої манжети дає показники нижче справжніх, а маленької - завищує результати вимірювань. Тому, щоб уникнути можливих помилок при вимірюванні, необхідно мати всі перераховані розміри манжет.

• Манжета повинна накладатися так, щоб її нижній край розміщувався на 2-3 см вище ліктьового або колінного згину, а середина гумового мішка доводилася на проекцію плечової або стегнової артерії.

• Перед початком вимірювання в манжету нагнітається повітря до рівня на 20 мм рт. ст. вище того, при якому зникає пульс на променевій артерії.

• Швидкість зниження тиску повітря в манжеті повинна становити 2 мм в секунду, що дозволить забезпечити точність вимірювання +/- 2 мм рт.ст.

• За рівень систолічного АТ приймається показник, при якому з'являється регулярний тон Короткова, за показник діастолічного - момент зникнення регулярного тону, що відповідає четвертій фазі тонів Короткова. При цьому виконується округлення показників до найближчого знизу парного значення шкали. Цей підхід дозволяє уникнути неточностей, пов'язаних з аритмією. Таким чином, результати вимірювання можуть закінчуватися тільки на парну цифру (0, 2,4,6,8).

• У первинного пацієнта вимірювання АТ проводиться в положенні лежачи, на обох руках, а в пацієнтів молодого віку (до 50 років) додатково вимірюється АТ й на одній нозі, стоячи, через 2 хвилини після прийняття вертикального положення. Таким чином, визначається умовно "базовий тиск".

• При повторних оглядах вимірювання АТ проводиться триразово, з інтервалом між вимірюваннями не більше 10 хвилин. В розрахунок приймається найвищий результат.

• Пацієнт не повинен вживати каву, як мінімум, за 1 годину до проведення процедури вимірювання АТ й утриматися від паління, як мінімум, протягом 15 хвилин до дослідження. Також лікар повинен бути впевнений, що пацієнт не приймав у день дослідження адреностимулюючі препарати.

• Протягом заняття вимірюється пульс і тиск

• в спокої (положення сидячи і лежачи),

• після розумового напруження,

• після прийому їжі,

• після прийому кави,

• при переході з горизонтального у вертикальне положення,

• після фізичного навантаження.

• Результати порівнюються і робиться висновок про залежність вегетативних реакцій від функціонального стану організму.

Правила термометрії

 Вимір температури тіла проводиться 2 рази в день (о 7-9 годині ранку і о 17-19 годині вечора). Як правило, систематичний вимір температури тіла 2 рази в 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 зазвичай на 0,5 градуса нижче ректальної (виміряної у прямій кишці) і на 0,5 градуса вище за температуру тіла, виміряної під пахвою. Температура тіла у вушному каналі, рівна або декілька вище ректальної. Температура тіла, виміряна в паховій складці, близька до температури в порожнині рота.

Вимір температури тіла в пахвовій западині.

Пахвова ямка найчастіше використовується в Україні для виміру температури тіла, оскільки це практично зручно. Але при цьому слід знати, що вимір температури тіла в пахвовій ямці є ненадійним, тому що при ньому отримуються менш точні результати, чим при вимірі в інших порожнинах. Більше того, температура може бути неоднаковою в лівій і правій пахвових западинах (частіше зліва на 0,1-0,30 С вище). Якщо при порівняльному вимірі температури різниця більше 0,50 С, то це вказує на запальний процес на тій стороні, де спостерігаються вищі цифри або ж на неточність виміру.

Методика:

• Перед установкою термометра в пахвову западину, необхідно протерти шкіру серветкою (особливо в пітливих). Цим запобігається охолодження градусника під час виміру температури унаслідок випару поту.

• Встановлювати термометр треба так, щоб весь ртутний резервуар з усіх боків прилягав до тіла в найглибшій крапці пахвовій западині, нікуди не зміщуючись протягом всього часу виміру 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 вимірі температури тіла у маленьких дітей і хворих, що знаходяться в несвідомому стані необхідно додатково притримувати руку, поки не завершиться вимір.

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

• Нормальна температура тіла при вимірі в пахвовій ямці: 36,3-36,90 С.

Вимір температури тіла в паховій складці.

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

Вимір температури в порожнині рота

Даний спосіб виміру температури тіла поширений в англомовних країнах і є досить надійним. Але він протипоказаний: дітям до 4-5 років, дітям з 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 прийомі холодних/гарячих рідин, а збільшення частоти дихання на кожних 10 дихальних рухів вище норми може знижувати температуру у ротовій порожнині на 0,50 С.

Методика:

• Перед виміром температури тіла в літніх знімають знімні зубні протези.

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

• Просять хворого тримати рот щільно закритим, щоб не поступало холодне повітря. • Час виміру температури тіла в порожнині рота ртутним термометром: 3 хвилини.

• Нормальна температура тіла при вимірі в порожнині рота: 36,8-37,30 С.

Якщо пацієнт випадково відкусив кінчик ртутного термометра при вимірі температури тіла, то турбуватися не потрібно — ртуть в тій кількості, в якій вона міститься в термометрі, при проковтуванні не викликає отруєння, а дрібні уламки скла виходять з калом.

Вимір температури тіла у вушному каналі

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

Вимір температури тіла в прямій кишці

Пряма кишка це замкнута анальним сфінктером порожнина зі стійкою температурою, тому при вимірі температури тіла в прямій кишці виходять найбільш точні результати. Крім того, температура в прямій кишці щонайближче до температури внутрішніх органів. Цей спосіб виміру температури широко застосовують при термоневрозах, а також у дітей до 4-5 років, виснажених і ослаблених хворих (в яких градусник в пахвової області не щільно охоплюється м'якими тканинами). Протипоказання: затримка стільця (ампула прямої кишки інколи буває заповнена каловими масами), пронос, захворювання прямої кишки (проктит, геморой і ін.)

Методика:

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

 • Дорослий пацієнт займає положення на боці, маленьку дитину викладають укладають на живіт.

 • Градусник плавно вводиться у пряму кишку на глибину 2-3 см (дорослому хворому можна надати 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 виміру температури тіла.

 • Час виміру температури тіла в прямій кишці ртутним термометром: 1-2 хвилини.

 • Нормальна температура тіла при вимірі в прямій кишці: 37,3-37,70 С. Після виміру температури тіла градусник обов'язково поміщають в дезрозчин. Термометр, використаний для виміру температури в прямій кишці, зберігають окремо від інших термометрів.

Вимір температури тіла в піхві.

Цей спосіб виміру температури тіла використовується головним чином для визначення часу овуляції.

Методика:

• Вимір температури тіла проводять вранці, не встаючи з ліжка.

• Термометр вводять глибоко в піхву.

• Час виміру температури тіла в піхві ртутним термометром: 5 хвилин.

• Нормальна температура тіла при вимірі в піхві (залежить від фази менструального циклу): 36,7-37,50 С. Після виміру температури тіла градусник обов'язково поміщають в дезрозчин. Термометр, використаний для виміру температури в піхві, зберігають окремо від інших термометрів.

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 з 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 (per os, 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 анальгетики, 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.

Всередину потрібно приймати лікарські засоби натще - за ЗО хв до їди.

Всередину 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 і 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 подовжувати 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 з додаванням слизу. В разі значного подразнювального (або ульцерогенного) ефекту препарати, особливо ті, що потребують тривалого курсового застосування (наприклад, диклофенак натрій), 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 (місцевоанестезуючі, протизапальні, дезінфікуючі), а й загальної (снодійні, анальгетики, 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 (наприклад, динітрогену, або діазоту, оксид; заст.: закис азоту) 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 подовжується 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, субокципітальний, внутрішньо-кістковий тощо.

Введення у шкіру використовують переважно з діагностичною метою (наприклад, проба на підвищену індивідуальну чутливість до антибіотиків і місцево-анестезуючих, 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 подовження 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 звичайно 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 (протягом 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 - субараноїдально, субдурально, субокципітально. 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 (в губчасту речовину п'яткової кістки).

Переваги парентерального шляху введення лікарських засобів:

1. Швидкий розвиток фармакологічного ефекту (наприклад, магнію сульфат знижує артеріальний тиск у випадках гіпертензивного кризу).

2. Висока точність дозування.

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

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 йонізованої лікарської речовини здатні під впливом електричного поля проникати в організм крізь 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.

ДОПОМОГА ПРИ ЛИХОМАНЦІ (загальні принципи)

Мета: надання допомоги пацієнту в різні періоди лихоманки.

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.

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

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

ДОПОМОГА

ПРИГОТУЙТЕ:

- Грілку,

- Рушник,

- Одну або дві ковдри.

- Поїльник,

- Судно,

- Мінеральну воду (морс, соки) без газів.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Створити спокій, укласти в ліжко, до ніг покласти грілку, добре вкрити, напоїти міцним свіжозвареним чаєм.

2. Контролювати фізіологічні відправлення в ліжку.

3. НЕ ЗАЛИШАТИ ПАЦІЄНТА ОДНОГО!

4. Не допускати протягів!

5. Бажано встановити ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПОСТ. Якщо це неможливо, то медсестра зобов'язана постійно підходити до пацієнта і контролювати гемодинамічні показники (пульс, АТ, ЧСС, ЧДР). При появі змін у бік погіршення вона повинна негайно викликати лікаря!

2 стадія – максимального підйому температури (період розпалу).

ДОПОМОГА

ПРИГОТУЙТЕ:

- Міхур з льодом,

- Рушник,

- Тонометр з фонендоскопом,

- Поїльник,

- Судно.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. По можливості організуйте індивідуальний пост.

2. Повідомте лікаря про зміну стану пацієнта.

3. Контролюйте гемодинамічні показники.

4. Приберіть ковдри і укрийте дитину простирадлом.

5. Використовують примочки до периферичних судин і міхур з льодом до голови.

6. Провітрюйте приміщення, уникайте протягів.

7. Доглядайте за порожниною рота, носом і іншими органами дитини.

8. Допомагайте пацієнтові при фізіологічних відправленнях, проводіть профілактику пролежнів.

3 стадія - період зниження температури.

Може протікати по-різному, так як температура може понижатися критично, тобто, різко знижуватися з високих цифр до низьких (наприклад, від 40 до 37 градусів), що часто супроводжується стрімким падінням судинного тонусу, яке проявляється в різкому зниженні АТ до 80/20 мм рт. ст. і появі ниткоподібного пульсу, підвищеною пітливістю (гіпергідроз), вираженої слабкості та блідістю шкірних покривів. Цей стан дитини називається колапсом і вимагає від медичного персоналу термінових заходів.

Поступове зниження температури з високих цифр до норми (нижче норми) називається літичним зниженням температури (лізис).

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ МЕДСЕСТРИ

Критичне зниження температури

1. Терміново всіма доступними способами повідомити лікаря, організуйте надання допомоги пацієнтові.

2. Ні в якому разі не залишати пацієнта одного.

3. Швидко приберіть у нього з-під голови подушку, підніміть ножну частину ліжка на 20 градусів або використовуйте підручні засобу (ковдри, подушки та ін.)

4. Положення пацієнта повинні бути горизонтальними, з піднятими ногами.

5. До рук і ніг пацієнта прикладіть грілки, обгорнуті полотенцем.

6. Використовуйте зволожений водою кисень.

7. Контролюйте гемодинамічні показники.

8. Правильно доповідайте лікуючому або черговому лікарю про стан дитини.

9. Виконайте призначення лікаря.

10. Після виведення пацієнта з цього стану витріть насухо, змініть вологе натільна та постільна білизна.

11. Забезпечте подальший догляд за пацієнтом (гарячий солодкий чай і т.і.).

12. Контролюйте призначений лікарем режим рухової активності пацієнта.

13. Забезпечте спостереження чергового мед. персоналу протягом доби. .

14. Створіть пацієнтові умови для тривалого глибокого сну.

Лікувальна тактика та догляд за дітьми з лихоманкою

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

 • Чи потрібно знижувати температуру тіла дитини і яким методом?

 • Яким повинно бути вірне тактичне рішення?

Знижувати температуру тіла хворій дитині необхідно в наступних випадках:

 • дитина перших 3-х місяців життя;

 • при несприятливому преморбідному стані (наявність перинатальної енцефалопатії, судом, вродженої вади серця);

 • при підвищенні температури тіла вище 38,5 С.

Рекомендується застосовувати жарознижуючі засоби:

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

 • у дітей старше 3-х місяців - при температурі вище 39 С;

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

 • при температурі вище 38 С у дітей з фебрильними судомами в анамнезі;

 • при злоякісної гіпертермії з порушеннями мікроциркуляції.

Перша допомога при гіпертермії залежить:

 • від величини лихоманки;

 • від наявності або відсутності симптомів порушення периферичного кровообігу.

В якості жарознижуючих засобів не рекомендується застосовувати у дітей:

 - Метамізол (анальгін) - викликає пригнічення кровотворення.

• Ібупрофен - частіше є причиною виникнення побічних явищ (диспепсія,

 шлункові кровотечі).

 В даний час з педіатричної практики виключені такі препарати як амідопірин, антипірин, фенацетин.

Дії медичної сестри 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; спирт 40%, 9% столовий оцет; губка або шматки вати; простирадло для витирання.

Хід виконання:

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

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

Чим вище температура і більше її коливання, тим більш 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.

Судоми

Судомний синдром - патологічний синдром, що проявляється раптовими, частими мимовільними скороченнями м'язів, що нерідко супроводжується розладом свідомості. Просто судоми являють собою раптове мимовільне скорочення м'язів і не супроводжуються втратою свідомості.

Прояви судомного синдрому дуже різноманітні і відрізняються за тривалістю, часом виникненням, станом свідомості, частотою, поширеністю, формою прояву. Характер і вид судом залежать від типу патологічного процесу, який може бути безпосередньою причиною їх виникнення або відігравати провокуючу роль.

Залежно від характеру м'язових скорочень розрізняють клонічні і тонічні судоми.

Клонічні судоми - це швидкі м'язові скорочення, що виникають один за одним через короткий проміжок часу. Вони бувають ритмічними і неритмічними та характеризуються порушеннями кори головного мозку.

Тонічні судоми - тривалі м'язові скорочення, що виникають повільно і тривають довготривалий час. Вони можуть бути первинними або виникати відразу після клонічних судом, бувають загальними або локалізованими.

При судомному синдромі дитина раптово втрачає контакт із навколишнім середовищем, її погляд стає блукаючим, потім очні яблука фіксуються вгору або вбік. Голова закинена, руки зігнуті в кистях і ліктях, ноги витягнуті, щелепи стиснуті, можливе прикушення язика. Дихання і пульс сповільнюються, можливе апноє. Це тонічна фаза клоніко- тонічних судом, яка триває не більше хвилини. Друга фаза - клонічна - розпочинається з посмикування м'язів лиця, потім судоми переходять на кінцівки і стають генералізованими; дихання гучне, на губах з'являється піна; шкіра бліда, відзначається тахікардія. Такі судоми бувають більш тривалими і можуть призвести до летального результату.

Судомний синдром у дітей спостерігається в 4-5 разів частіше, ніж у дорослих, переважно в ранньому віці. Підвищена схильність дітей до судомних реакцій пов'язана з незрілістю головного мозку, неповною мієлінізацією нервових волокон, великою проникністю гематоенцефалічного бар'єру, підвищеною гідрофільністю мозкової тканини, лабільністю обмінних процесів, слабкістю гальмівних механізмів, вираженою схильністю до генералізації збудження.

Захворювання у дітей істотно впливає на характер судом. Так, при асфіксії новонароджених судоми носять тонічний або клоніко-тонічний характер, а при виведенні дитини з асфіксії і зникненні явищ набряку мозку вони зазвичай припиняються.

При внутрішньочерепній (родовій) травмі судоми найчастіше носять генералізований характер у вигляді тонічних або клоніко-тонічних м'язових скорочень, супроводжуючись ціанозом, порушенням дихання. Може спостерігатися значна гіпертермія. Відзначаються напруження великого тім'ячка, блювота, зригування . Для гемолітичної хвороби новонароджених характерні тонічні судоми з переходом в опістотонус.

Судоми після травми носять клоніко-тонічний характер. Часто спостерігається втрата свідомості, блювота, геміплегія, ураження черепномозкових нервів. Можуть з'явитися ністагм, анізокорія, виражені порушення дихання.

При септичних процесах, у зв'язку з гострим порушенням мозкового кровообігу розвивається картина інсульту. Відзначається втрата свідомості, клонічні або клоніко-тонічні локальні судоми. Геміплегія спостерігається на протилежній від поразки стороні.

 При гострих інфекційних захворюваннях судоми виникають на висоті захворювання і носять тонічний або клоніко-тонічний характер. Судоми ці пов'язані із загальномозковими порушеннями і відображають енцефалітичну реакцію на мікробну інвазію. Зазвичай судоми зникають одночасно з падінням температури. При гнійному менінгіті судоми носять характер тонічного напруження м'язів кінцівок і клонічних посмикувань м'язів обличчя та тіла. При енцефаліті спостерігається тремор, тризм і клонічні судоми на початку захворювання.

Діагностика судомного синдрому за клінічними проявами не викликає ускладнень. Важливе значення для діагностики мають анамнез життя, перебіг пологів, анамнез захворювання. Серед додаткових методів дослідження використовують електроенцефалографію, ехоенцефалографію, дослідження очного дна і, за показниками, комп'ютерну томографію черепа. Велике значення в діагностиці судомного синдрому мають люмбальні пункції, які дозволяють встановити наявність внутрішньочерепної гіпертензії, серозного або гнійного менінгіту, субарахноїдального крововиливу або інших захворювань ЦНС. Зі спеціальних методів дослідження вирішальне значення належить електроенцефалографії (ЕЕГ).

ЕЕГ характеризується редукованим основним ритмом, гіперсинхронною активністю потенціалів, пікоподібними коливаннями (спайки). Пароксизмальність таких проявів на ЕЕГ, особливо виникнення гострих хвиль і комплексів піків з повільною хвилею, свідчить про епілептіформний процес.

Підвищений лікворний тиск і поява кров'яного ліквора з домішкою свіжих або вилужених еритроцитів свідчить про наявність субарахноїдального крововиливу. Збільшення кількості клітин в спиномозковій рідині - (в нормі для дітей раннього віку від 5 до 20 клітин в 1 мм³, 0,2—0,3% білка, 50—60 мг% цукру) лімфоцитарний плеоцитоз, свідчить про серозний менінгіт. Каламутна рідина, нейтрофільний або змішаний нейтрофільно-лімфоцитарний плеоцитоз при одночасному збільшенні білка вказують на гнійний менінгіт. Наростання білка в лікворі на фоні зміненого, але відносно стабільного плеоцитозу свідчить про блокаду лікворних шляхів. Наявність білків клітинної дисоціації, тобто збільшення білка при нормальному цитозі, може свідчити про наявність пухлини. Завжди необхідно шукати зв'язок між судомним синдромом з інфекційно-запальними захворюваннями, порушеннями водно-електролітного балансу та інтоксикацією. Це дозволяє проводити патогенетичне лікування одночасно з симптоматичною терапією.

Допомога при судомах

Судомний синдром - невідкладний стан, що вимагає від медсестри чи лікаря чітких і послідовних дій. Основну увагу слід приділити підтримці адекватних оксигенації та кровообігу і лише потім починати проти судомну терапію. Судомний напад — лякаюче видовище. Але ви без зусиль можете надати постраждалому допомогу. Пам'ятайте, що постраждалий не може контролювати рухи свого тіла. Не намагайтесь зупинити або якимось чином стримати постраждалого. Як звичайно, дотримуйтесь основних принципів надання першої допомоги. Надання допомоги при судомах спрямоване на запобігання отриманню травми та забезпеченню прохідності дихальних шляхів. Негайно викликайте лікаря і керуйтесь таким:

 1. Заберіть всі предмети і меблі, що знаходяться поблизу постраждалого, які могли б призвести до травми. Подбайте, щоб уберегти постраждалого від небезпечних ситуацій, пов'язаних з вогнем, висотою чи водою.

2. Захистіть голову постраждалого, підклавши під неї що-небудь м'яке, наприклад, складений одяг.

3. Якщо в роті постраждалого багато слини, крові або блювотних мас, покладіть постраждалого у стабільне положення на боку, щоб рідина могла витікати з рота та відсмокчіть слиз із ротоглотки (забезпечення прохідності дихальних шляхів).

4. Підтримуйте оксигенацію та вентиляцію - за будь-якої можливості дайте 100% О2, а при відсутності ефекту розпочніть масочну вентиляцію.

4. Не намагайтесь прокласти що-небудь між зубами постраждалого, оскільки укус язика або щоки рідко призводить до сильної кровотечі.

Після нападу людина відчуває сонливість і погано розбирається в навколишній ситуації. Покладіть постраждалого у стабільне положення, поки він остаточно не отямиться. Проведіть повторний огляд, щоб упевнитися у відсутності травм внаслідок припадку. Заспокойте і підбадьорте постраждалого чи батьків. Залишайтесь з постраждалим до приходу лікаря і в подальшому виконуйте його вказівки.

ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

У своїй повсякденній практиці лікаря доводиться стикатися зрізними захворюваннями дихальної системи. В амбулаторно-поліклінічних умовах, особливо у весняно-осінній період, часто зустрічається такі захворювання, як гострий ларингіт, гострий трахеїт, гострий і хронічний бронхіт. У відділеннях стаціонару терапевтичного профілю нерідко знаходяться на лікуванні хворі з гострою і хронічною пневмонією, бронхіальною астмою, сухим і ексудативним плевритом, емфіземою легень і легенево-серцевою недостатністю. У хірургічні відділення надходять для обстеження і лікування хворі з бронхоектатичною хворобою, абсцесами і пухлинами легенів.

Догляд за хворими із захворюваннями органів дихання звичайно включає в собі і ряд спільних заходів, що проводяться при багатьох захворюваннях інших органів і систем організму. Так, при крупозній пневмонії необхідно дотримуватися всіх правил і вимог догляду за хворими, що лихоманять (регулярне вимірювання температури тіла і ведення температурного листа, спостереження за станом серцево-судинної і центральної нервової систем, догляд за порожниною рота, подача судна і сечоприймальника, своєчасна зміна натільної білизни і т.і.) При тривалому перебуванні хворого в ліжку приділяють особливу увагу ретельному догляду за шкіряними покривами і профілактиці пролежнів. Разом з тим догляд за хворими з захворюваннями органів дихання передбачає і виконання цілого ряду додаткових заходів, пов'язаних з наявністю кашлю, кровохаркання, задишки та інших симптомів.

Кашель являє собою складний рефлекторний акт, в якому бере участь ряд механізмів (підвищення внутрішньогрудного тиску за рахунок напруги дихальної мускулатури, зміни просвіту голосової щілини т.і.) і який при захворюваннях органів дихання зазвичай обумовлений подразненням рецепторів дихальних шляхів і плеври. Кашель зустрічається при різних захворюваннях дихальної системи - ларингіті, трахеїтах, гострих і хронічних бронхітах, пневмоніях та ін. Він може бути пов'язаний також із застоєм крові в малому колі кровообігу (при вадах серця), а іноді має центральне походження.

Кашель буває сухим або вологим і часто виконує захисну роль, сприяючи видаленню вмісту з бронхів (наприклад, мокротиння). Однак сухий, особливо болісний кашель, стомлює хворих і вимагає застосування відхаркувальних і противокашльових засобів. У таких випадках хворим доцільно рекомендувати значну кількість рідини (гаряче молоко з боржомі або з додаванням чайної ложки соди, банки, гірчичники).

Нерідко кашель супроводжується виділенням мокроти: слизової, безбарвної, в'язкої (наприклад, при бронхіальній астмі), слизисто-гнійної (при бронхопневмонії), гнійної (при прориві абсцесу легені в просвіт бронха).

При наявності мокротиння необхідно визначати його добову кількість, яка може коливатися від 10-15 мл (при хронічному бронхіті) до 1 л і більше (при бронхоектатичній хворобі). Хворий повинен спльовувати мокротиння у індивідуальну плювальницю, на дно якої наливають невелику кількість 0,5% розчину хлораміну. Плювальниці щоденно спорожняють, ретельно промивають, дезінфікують. Добову кількість кожен день відзначають у температурному листі.

Дуже важливо домогтися вільного відходження мокротиння, оскільки його затримка посилює інтоксикацію організму. Тому хворому допомагають знайти положення (так зване дренажне, на тому чи іншому боці, на спині), при якому мокротиння відходить найбільш повно, тобто здійснюється ефективний дренаж бронхіального дерева. Зазначене положення хворий повинен приймати раз на день протягом 20-30 хвилин.

При наявності у хворого харкотиння виникає необхідність у його повторних дослідженнях - мікроскопічних, бактеріологічних і т.і. Найбільш достовірні результати виходять в тих випадках коли мокротиння одержують при бронхоскопії. При цьому в нього не потрапляє слина, мікроорганізми порожнини рота.

Однак часто хворий сам здає мокротиння спльовуючи його в чисту скляну баночку. Тому перед збором мокротиння хворий повинен обов'язково почистити зуби і прополоскати рот. Мокротиння в кількості 4-5 мл збирають вранці, коли воно найбільш багате мікрофлорою.

Крім загального дослідження мокротиння, існують деякі обов'язкові аналізи, що передбачають певні особливості його отримання та доставки в лабораторію.

Так при взятті мокротиння для дослідження на мікобактерії туберкульозу необхідно мати на увазі, що вони виявляються тільки в тому випадку, якщо їх вміст в 1мл мокротиння становить не менше 100 тисяч. Тому при взятті мокротиння на аналіз його накопичують протягом 1-3 доби, зберігаючи в прохолодному місці.

Для виявлення збудників запальних захворювань дихальної системи та їх чутливості до тих чи інших антибактеріальних засобів мокротиння беруть у спеціальну чашку Петрі, заповнену живильним середовищем - кров’яним агаром, цукровим бульйоном і ін..

При взятті харкотиння на атипові (пухлинні) клітини слід пам'ятати,що ці клітини швидко руйнуються в зв'язку з чим, зібране мокротиння потрібно відразу направляти в лабораторію. Для більшої ймовірності потрапляння пухлинних клітин у мокротиння іноді застосовують попередні інгаляції, сприяють виходженню мокротиння з найбільш глибоких відділів бронхіального дерева.

Кровохаркання являє собою виділення мокротиння з домішками крові, домішаного рівномірно (наприклад, «іржаве» мокротиння при крупозній пневмонії, харкотиння у вигляді «малинового желе» при раку легені) або розташованого окремими прожилками. Виділення через дихальні шляхи значної кількості крові (з кашльовими поштовхами, рідше - безперервним струменем) носить назву легеневого кровотечі.

Кровохаркання і легенева кровотеча зустрічаються найчастіше при злоякісних пухлинах, гангренах, інфаркті легені, туберкульозі, бронхоектатичній хворобі, травмах і пораненнях легені, а також при мітральних вадах серця.

 При наявності легеневої кровотечі її іноді доводиться диференціювати з шлунково-кишковою кровотечею, що проявляються блювотою з домішками крові. У таких випадках необхідно пам'ятати, що легенева кровотеча характеризується виділенням пінистої, червоної крові, що має лужну реакцію і згортається, тоді як при шлунково-кишковій кровотечі (щоправда, не завжди) частіше виділяються згустки темної крові, по типу «кавової гущі» змішаної зі шматочками їжі, з кислою реакцією.

Кровохаркання і особливо легенева кровотеча є вельми серйозними симптомами, які вимагають термінового встановлення їх причини - проведення рентгенологічного дослідження органів грудної клітини з томографією, бронхоскопією, бронхографією, іноді - ангіографії.

Кровохаркання і легенева кровотеча, як правило не супроводжуються явищами шоку або колапсу. Загроза для життя в таких випадках зазвичай буває пов'язана з порушенням вентиляційної функції легенів, в результаті попадання крові в дихальні шляхи. Хворим призначають повний спокій. Їм слід додати напівсидяче положення з нахилом у бік ураженої легені щоб не було потрапляння крові в здорову легеню. На цю ж половину грудної клітини кладуть міхур з льодом. При інтенсивному кашлі, що сприяє посиленню кровотечі застосовують протикашльові засоби. Для зупинки кровотечі внутрішньом'язово вводять вікасол та інші, іноді застосовують бронхоскопію. Уряді випадків постає питання про термінове хірургічне втручання.

Одним з найбільш частих захворювань дихальної системи є задишка, що характеризується зміною частоти, глибини і ритму дихання.

Задишка може супроводжуватися як різким збільшенням частоти дихання, так і його зменшенням, аж до його зупинки. Залежно від того, яка фаза дихання є утрудненою, розрізняють інспіраторну задишку (проявляється утрудненням вдиху, наприклад, при звуженнях трахеї і великих бронхів), експіраторну задишку (характеризується ускладненням видиху, зокрема, при спазму дрібних бронхів і накопичення в їх просвіті в'язкого секрету) і змішану.

Задишка зустрічається при багатьох гострих і хронічних захворюваннях дихальної системи. Причина її виникнення в більшості випадків виникає зі зміною газового складу крові - підвищенням вмісту вуглекислого газу і зниженням вмісту кисню, що супроводжується зрушенням pH крові в кислу сторону, подальшим подразненням центральних та периферичних хеморецепторів, збудженням дихального центру та зміни частоти і глибини дихання.

Задишка є провідним проявом дихальної недостатності - стан, при якому система зовнішнього дихання людини не може забезпечити нормальний газовий склад крові або коли цей склад підтримується лише завдяки надмірного напруження всієї системи зовнішнього дихання. Дихальна недостатність може виникати гостро (наприклад, при закритті дихальних шляхів стороннім тілом) або протікати хронічно, поступово наростаючи протягом тривалого часу (наприклад, при емфіземі легенів).

Раптово виникає приступ сильної задишки носить назву задухи

Задуха, яка є наслідком гострого порушення бронхіальної прохідності - спазму бронхів, набряку їх слизової оболонки, накопичення в просвіті в'язкої мокроти, називається приступом бронхіальної астми. У тих випадках, коли задуха розвивається внаслідок слабкості лівого шлуночка прийнято говорити про серцеву астму, що має клінічну картину набряку легень.

Догляд за хворими, що страждають на задишкою, передбачає постійний контроль за частотою, ритмом і глибиною дихання. Визначення частоти дихання (за рухом грудної клітки або черевної стінки) проводять непомітно для хворого. У дітей частота залежить від віку і коливається від 40 – 60 в 1 хвилину у новонароджених 16 - 20 в 1 хвилину у дорослих, зменшуючись під час сну і збільшуючись при фізичному навантаженні. При різних захворюваннях бронхів і легень частота дихання значно збільшується. Отримані результати підрахунку частоти дихання щодня вносять у температурний лист. Відповідні точки з'єднують синім олівцем, утворюють графічну криву частоти дихання.

При появі задишки хворому надають піднесене (напівсидяче) положення звільняючи його від стискуючого одягу, забезпечують доступ свіжого повітря за рахунок регулярного провітрювання. При вираженому ступені дихальної недостатності,що супроводжується ціанозом (синюшність шкірних покривів), почастішанням серцевих скорочень (аритмія),зниженням парціального тиску кисню в тканинах, мене 70 мм рт.ст. проводять оксигенотерапію.

Оксигенотерапія (Застосування кисню з лікувальною метою). Найбільш поширений метод введення кисню в організм - інгаляційний, при якому головна мета оксигенотерапії - замісне лікування.

Вдихання чистого кисню може мати токсичну дію на організм людини, що проявляється у виникненні сухості в роті, почутті печії за грудиною, болю в грудній клітці, судом і т.і., тому для лікування використовують зазвичай газову суміш містить до 80% кисню (частіше всього 40-60%). Сучасні пристрої дозволяють подавати хворому не чистий кисень, а збагачену киснем суміш. Лише при отруєнні окисом вуглецю (чадним газом) допускається застосування карбогену що містить 95%кисню і 5% вуглекислого газу. У деяких випадках при лікуванні дихальної недостатності використовують інгаляції гелійо-кисневої суміші, що складаються з 60-70 гелію і 30-40% кисню. При набряку легень, який супроводжується пінистою рідиною з дихальних шляхів, застосовують суміш,що містить 50% кисню і 50% етилового спирту, в якій спирт грає роль піногасника.

З лікувальною метою застосовують тільки медичний кисень, що виготовляється на заводах і містить 99% чистого кисню та 1% азоту і звільнений від інших газоподібних домішок.

Зберігають і транспортують кисень у 40-літрових балонах під тиском 150 атмосфер. До обслуговування балонів допускаються лише особи, які пройшли спеціальний технічний інструктаж.

За технікою безпеки необхідно:

- Уникати зіткнення кисню з жирами, маслами, продуктами із нафти;

- Заборонити паління в приміщенні, де зберігаються балони;

- Заборонити зберігання балонів поблизу джерел тепла, світла;

- При наповненні кисневої подушки (при відкритті вентиля) стояти збоку від нього, так як струмінь кисню, вирвавшись, може пошкодити очі.

Кисень може застосовуватися під тиском не більше 2-3 атмосфер. З цією метою до балона підключають редуктор для зниження тиску.

Перед застосуванням кисню необхідно переконатися в прохідності дихальних шляхів.

Подача кисню за допомогою кисневої подушки проводиться частіше в домашніх, але і досить часто у відділеннях де немає централізованої подачі кисню. При цьому хворий вдихає кисень через трубку або мундштук подушки, який він щільно охоплює губами. З метою зменшення втрати кисню в момент видиху, його подача тимчасово припиняється за допомогою затискання трубки пальцями або поворотом спеціального крана

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Кисневу подушку (прогумований мішок ємністю 10-25л з гумовою трубкою, вентилем, мундштуком).

2. Стерильні марлеві серветки - 4 шт.

3. Спирт 70%.

4. Воду і лоток.

5. Рукавички.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Вимийте, висушіть руки, надіньте рукавички!

2. Обробіть воронку (мундштук) серветкою, змоченою в спирті.

3. Оберніть мундштук 2-4 шарами марлі, змоченою водою.

4. Приставте воронку до рота пацієнта, відкрийте вентиль на резиновій трубці.

Швидкість надходження кисню можна регулювати не тільки вентилем, але і натисканням руками на подушку. Зазвичай її вистачає на 5-7 хвилин.

Кисень, пропущений через воду, називається зволоженим. Вадами цього способу є:

- Неможливість встановити концентрацію кисню;

- Нерівномірність його надходження;

- Великі втрати кисню;

- Недостатнє його зволоження;

- Мала ефективність;

- При зберіганні частина кисню витікає через стінки подушки.

У лікарняних закладах оксигенотерапію проводять з використанням балонів із стисненим киснем або системи централізованої подачі кисню в палати.

Найбільш поширеним способом оксигенотерапії є його інгаляція через носові катетери, які вводять в носові ходи на глибину, що дорівнює відстані від крил носа до мочки вуха, рідше використовують носові і ротові маски, інтубаційні і трахеостомічні трубки, кисневі тенти-намети, інгалятори, коктейлі.

Подача кисню через носовий катетер

Даний спосіб забезпечує більш економне його використання та добре зволоження перед інгаляцією. Використовують катетери в залежності від віку, в яких має бути кілька отворів.

ПРИГОТУЙТЕ:

1.Рукавички.

2. Маску.

3. Стерильний лоток для стерильних катетерів.

4. Стерильні катетери.

5. Вазелін.

6. Кисневий дозиметр.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

- Вимийте, висушіть руки, надіньте рукавички;

- Змастіть катетери вазеліном;

- Введіть катетер по нижньому носовому ходу до задньої стінки глотки, що приблизно дорівнює відстані від кінчика носа пацієнта до мочки вуха.

Якщо пацієнт у свідомості, попросіть його відкрити рот, медсестра повинна побачити введений кінець катетера, а зовнішню його частину необхідно прикріпити лейкопластиром до щоки пацієнта.

При необхідності тривалого введення катетера його слід 1-2 рази на добу міняти і вводити новий в іншу ніздрю. Зараз застосовуються м'які одноразові катетери, які можуть перебувати в ніздрі до 5-7 днів.

Інгаляції кисневої суміші проводять безперервно або сеансами по 30-60хв. кілька разів на день. При цьому необхідно, щоб кисень, що подається був обов'язково зволожений. Зволоження кисню досягається його пропусканням через посудину з водою, або застосуванням спеціальних інгаляторів, що утворюють в газовій суміші суспензії дрібних крапель води.

В даний час при багатьох захворюваннях внутрішніх органів у тому числі і при дихальної недостатності, що супроводжуються гіпоксією, тобто зниженням вмісту кисню в тканинах, застосовується гіпербарична оксигенація, що представляє собою лікування киснем під підвищеним тиском у спеціальних барокамерах. Використання цього методу дає значне збільшення дифузії кисню в організмі.

При деяких захворюваннях органів дихання в патологічний процес залучаються листки плеври. Ураження і тертя їх один об одного обумовлюють появи болі, що посилюється при глибокому диханні і кашлі, і зменшується при положенні пацієнта на хворому боці. Ослабленню плевральної болі сприяє застосування банок, гірчичників, зігрівальних компресів.

ВИКОНАННЯ ДЕЯКИХ МАНІПУЛЯЦІЙ

Надання дитині дренажного положення

1-а позиція.

Положення пацієнта на спині з поступовим поворотом тулуба навколо осі на 360 градусів.

Перевертаючи пацієнта, через кожні 45 градусів просіть його робити глибокий видих. Дану маніпуляцію необхідно повторити 3-6 разів, при появі кашлю пацієнтові необхідно відкашлятися!

2-а позиція.

Поза "молиться магометанина", тобто, пацієнт стоїть на колінах і нахиляється вперед. Необхідно повторити нахили 6-8 разів з перервою в 1 хвилину і знову 6-8 разів, але всього не більше 3-6 циклів.

3-тя позиція.

Пацієнт лежить на ліжку, медична сестра допомагає йому поповертатися по черзі то на правий, то на лівий бік, при цьому голову і руки його опущені вниз (пошук тапочок під ліжком).

Необхідно відзначити, що дані позиції дуже індивідуальні. Тому медична сестра повинна бути дуже уважною до пацієнтів і, якщо в якихось певних позиціях ніколи не з'являється кашель, то їх можна в даній ситуації не застосовувати.

ЗАХОДИ ВПЛИВУ НА МІСЦЕВИЙ КРОВООБІГ

Застосування гірчичників

Мета:

- Рефлекторне розширення кровоносних судин в глибоко розташованих органах і тканинах,

- Розсмоктування запальних процесів,

- Зменшення болю,

- Зігріваючий ефект.

Механізм дії полягає в тому,що з'єднуючись з водою (температура 42-44° С), гірчиця виділяє ефірні масла, які подразнюють шкірні рецептори, рефлекторно розширюючи судини.

Показання: (визначає лікар):

МІСЦЯ ПОСТАНОВКИ:

При болях у серці - V - міжребер'є зліва,

При гіпертонічному кризі:

- потилиця, комірцева область, литкові м'язи,

При простудних захворюваннях;

 - грудна клітка ззаду і (при нормалізації температури), спереду, праворуч бокова поверхня грудної клітини.

НЕОБХІДНО УНИКАТИ ПОСТАНОВКИ гірчичників на:

- Соски,

- Молочні залози,

- Хребет,

- Родимі плями,

- Область серця (тільки при показаннях - болі в області серця).

Протипоказання:

- Порушення шкірної чутливості,

- Кровотеча,

- Захворювання і пошкодження шкіри на даній ділянці,

- Підвищення температури тіла,

- Злоякісні утворення,

- Захворювання крові,

- Бронхіальна астма.

ПРИГОТУЙТЕ:

- Рукавички, рушник, термометр для вимірювання t ° води,

- Гірчичники, ємність для води, гігроскопічний папір або тканину (не можна застосовувати папір з друкарською фарбою),

- Ємність з дез. розчином,

- Серветку.

ПАМ'ЯТАЙТЕ!

ВОДА МАЄ БУТИ НЕ ВИЩЕ 42-44 градусів, тому що при більш високій температурі гірчиця втрачає свої властивості.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Отримайте у пацієнта або батьків дозвіл на проведення даної маніпуляції.

2. Поясніть йому, як поводитися під час маніпуляції і після неї.

3. Приготовлений для маніпуляції матеріал і гірчичники поставте на пересувний столик і йдіть в палату.

4. Запропонуйте пацієнту лягти на живіт, голову повернути набік, волосся прибрати під косинку або накрити рушником (положення пацієнта залежить від місця постановки гірчичників, воно може бути і «на спині ", і" на боці ").

5. Зніміть сорочку пацієнта або підніміть її до шиї.

6. Налийте в лоток воду t 42-44 градуси, занурте гірчичник у воду на 1-3 сек. ГІРЧИЦЕЮ ВГОРУ.

7. Швидко витягніть його з води, злегка струсіть воду, покладіть ГІРЧИЦЕЮ ВНИЗ на призначене лікарем місце (при підвищеній чутливості шкіри (особливо у дітей раннього віку)гірчичники накладаються через папір або тканину, але при цьому зберігається тільки тепловий ефект).

8. Гірчичник щільно притисніть до шкіри пацієнта.

9. Укрийте пацієнта спочатку товстим рушником або згорнутим двічі або тричі простирадлом, а зверху - ковдрою.

10. Уточніть відчуття пацієнта і ступінь гіперемії через 2-5 хвилин.

11. Залиште гірчичники на 10-15 хвилин, враховуючи індивідуальну чутливість пацієнта до гірчиці.

12. Після закінчення часу надіньте рукавички, зніміть гірчичники, замочіть їх у дез. розчині, обробіть шкіру пацієнта м'яким полотенцем, зніміть залишки гірчиці, тепло закутайте пацієнта і поясніть, що встати він може тільки через годину, і в цей день не треба приймати ванну або душ.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ:

Перед тим , як використати гірчичники, перевірте їх придатність: гірчиця не повинна обсипатися з гірчичника. повинен зберігатися специфічний запах гірчиці, гірчичник повинен мати яскраве забарвлення, якщо це ціла упаковка, то кожен десятий має дату виготовлення. Якщо ставите гірчичники в нічний час, не забудьте попередити пацієнта про їх кількість.

Гірчичні обгортання.

Основним показанням є пневмонія. Спочатку готують розчин гірчиці (2 ст. л. гірчиці розводять в стакані гарячої води і розмішують). Кусок пелюшки змочують цим розчином, відтискають і накладають навколо грудної клітки чи на хвору сторону. Зверху дитину закутують в сухе простирадло чи ковдру. Через 5 хв. край пелюшки піднімають і в визначають реакцію шкіри. При рівномірному почервонінні її пелюшку чи кусок тканини знімають, шкіру протирають вологим полотенцем,змоченим теплою водою, після чого насухо витирають. Дитину добре закутують. Тривалість гірчичного обгортання не більше 20 хв. в залежності від реактивності.

Ніжні гірчичні ванни.

Дані ванни використовують при гострих респіраторних захворюваннях з масивним виділенням слизу. У відро чи інший глибокий посуд наливають 10-12 л гарячої води, в якій розчиняють 10,0 г сухого гірчичного порошку і добре розмішують. Тривалість процедури до 40-30 хв. Після цього полощуть ноги дитини теплою водою і насухо витирають. Під час процедури дитина сидить, накрита ковдрою.

ЗАСТОСУВАННЯ БАНОК

Мета: місцеве поліпшення кровообігу.

Показання: трахеобронхіти, пневмонія, плеврити при нормальній температурі, невралгії, міозити, радикуліти та ін

Дітям грудного віку ставити банки не ставити банки не рекомендується.

Протипоказання:

• Захворювання шкіри в місцях застосування банок.

• Легеневі кровотечі,

• Гіпертермія,

• Загальне виснаження,

• Новоутворення,

• Туберкульоз легенів, пневмонії в гострих стадіях і ін

Місця для постановки банок:

Грудна клітина:

- Спереду,

- Зі спини,

- Бічні поверхні (праворуч).

Місця на які не можна ставити банки:

- Область серця,

- Молочні залози,

- Хребет,

- Родимі плями,

- Лопатки.

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Рукавички.

2. Лоток з чистим банками 10-12 штук, можна і більше, це залежить від:

- Площі грудної клітки,

- Розвитку підшкірно-жирової клітковини.

3. Вазелін або олію для проведення масажу.

4. 70% спирт у ємності з притертою пробкою.

5. Гніт (корнцанг з щільно накручену ватою, без волосків, довжина тампона повинна бути дорівнює 1 / 2 довжини банки).

6. Ємність з водою для гасіння гніту.

7. Сірники.

8. Рушник.

9. Шпатель, якщо крем знаходиться в коробочці, а не в тюбику.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Вимийте руки, надіньте рукавички.

2. Перевірте цілісність банок.

3. Поставте лоток з банками біля ліжка пацієнта.

4. Укладіть пацієнта на живіт (при постановці банок на спину), голову поверніть на бік, волосся накрийте рушником, руки пацієнта мають бути розташовані під подушкою.

5. Звільніть необхідну ділянку тіла від одягу.

6. Нанесіть на місце постановки банок тонкий шар вазеліну і ретельно втирайте в шкіру.

7. Змочіть гніт спиртом, надлишки спирту відіжміть про край флакона.

8. Закрийте і відставте у бік флакон зі спиртом.

9. Підпаліть гніт.

10. Візьміть в одну руку одну-дві банки, в іншу - палаючий гніт.

11. Внесіть палаючий гніт у банку, не торкаючись її країв і дна.

Примітка. При внесенні полум’я в банку не потрібно затримуватися в горловині банки, щоб не розігріти її краї і не викликати опік у дітей.

12. Вийміть гніт з банки і швидко прикладіть банку до шкіри.

13. Поставте необхідну кількість банок на відстані 1-2 см одна від одної.

14. Опустіть палаючий гніт у посудину з водою.

15. Перевірте, як банки присмокталися до шкіри, проведіть по них рукою зверху вниз (тремтять, як желе).

16. Накрийте пацієнта ковдрою.

17. Поцікавтеся відчуттями пацієнта через 3-5 хвилин, перевірте реакцію шкіри (виразність гіперемії).

 18. Залиште банки не більше як 7-10-15 хвилин, враховуючи індивідуальну чутливість шкіри і вік.

19. Підводячи палець під край банки, нахиліть її в протилежну сторону і зніміть банки.

20. Витріть серветкою шкіру на місці постановки банок.

21. Укутайте пацієнта і залиште його в ліжку на 2 години.

22. Замочіть банки в дез. розчині.

Застосування гарячих компресів

Мета: лікувальна.

Показання за призначенням лікаря.

Протипоказання:

- Гнійні захворювання шкіри,

- Гіпертермія.

ПРИГОТУЙТЕ:

- Серветку (лляну - 4 шари або марлеву - 6-8 шарів),

- Вощений папір (поліетилен ні в якому разі),

- Вату,

- Бинт (можна еластичний), \*

- Лоток,

- Розчин: етиловий спирт 40-45% або горілку, воду 20-25 ° С.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

1. Психологічна.

2. Поясніть сенс маніпуляції і правила поведінки пацієнтів

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Приготуйте перший шар компресу (серветку) так, щоб його розміри були на 3 см більше місця захворювання.

2. Кожен наступний шар компресу повинен бути більше попереднього на 3 см.

3. Серветку змочіть у розчині і добре відіжміть.

4. Покладіть її на потрібну ділянку тіла (якщо це вухо - вирізати за розміром вуха отвір).

5. Другим шаром накладіть вощений (компресний) папір (якщо на вухо, то вирізати отвір).

6. Поверх паперу покладіть шар вати, який має повністю закривати два попередніх шари.

7. Бинтом закріпіть компрес так, щоб він щільно прилягав до тіла, але не обмежував рухів пацієнта.

8. Уточніть у пацієнта його відчуття через деякий час.

9. Залиште компрес на 8-10 годин, а спиртовий - на 4-6 годин (краще їх ставити на ніч).

10. Через 2-3 години перевірте правильність постановки компресу, підведіть палець під перший шар компресу, якщо він вологий, теплий, то компрес поставлений правильно, якщо сухий, то компрес необхідно поставити заново.

11. Після зняття компресу накладіть суху теплу пов'язку, використовуючи вату і бинт.

Застосування грілки

Мета:

- Для місцевого зігрівання окремих ділянок і всього тіла;

- Зняття болю;

- Відволікаюча терапія;

Показання: призначення лікаря.

Протипоказання:

- Кровотечі різного походження;

- Гострі запальні процеси будь-якої локалізації;

- Злоякісні новоутворення;

- Пошкодження шкіри;

- Інфіковані рани.

ПРИГОТУЙТЕ:

- Грілку;

- Воду (t ° 65 ° C);

- Рушник або чохол для грілки;

- Водний термометр.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

- Психологічна;

- Поясніть пацієнтові, як користуватися грілкою і коли її можна зняти.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. При тривалому застосуванні грілки щоб уникнути опіку на шкіру наносять вазелін або інший жирний крем (в рукавичках).

2. Перевірте грілку на герметичність.

3. Заповніть її водою на 2 / 3 об'єму, тримаючи за вузьку частину горловини.

4. Витіснити з грілки пар над раковиною, перегнув від себе вузьку частину грілки, і в такому положенні загвинтите пробку.

5. Переверніть грілку горловиною донизу, перевірте її герметичність.

6. Обітріть рушником, надягніть на неї чохол або оберніть сухим рушником і прикладіть до потрібної ділянки тіла.

7. Через 5 хвилин перевірте, чи немає у пацієнта перегріву шкіри (симптом "мармурової шкіри" або яскрава гіперемія).

8. Приберіть грілку після того, як вона охолоне.

9. Вилийте воду, загвинтите пробку і занурте грілку в дез. розчин не менш, ніж на 60 хвилин.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ.

Грілка зберігається в сухому вигляді з відкритою кришкою.

Застосування міхура з льодом

Мета:

- Протизапальна;

- Зменшення болю;

- Зупинка кровотеч.

Показання визначає лікар:

- Гострі запальні процеси;

- Кровотечі;

- Гіпертермія;

- Закриті травми шкіри в перші години;

- При укусах комах;

- Після абортів;

- Післяопераційний період.

Протипоказання: переохолодження організму (визначає лікар).

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Міхур з льодом.

2. Шматки льоду.

3. Рушник або пелюшку.

4. Лоток.

5. Дерев'яний молоток.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

- Психологічна;

- Поясніть пацієнту суть маніпуляції і як йому вести себе при її виконанні '

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Візьміть міхур для льоду і перевірте його герметичність.

2. Відгвинтіть кришку.

3. Шматочки льоду помістіть в рушник, а потім у лоток.

4. Дерев'яним молотком подрібніть лід.

5. Отриманими шматочками льоду заповніть міхур для льоду на 2 / 3 об'єму.

6. Долийте водою, притисніть міхур до горизонтальної поверхні і в такому положенні загвинтите кришку, переверніть міхур і провірте його герметичність.

7. Обітріть насухо, скрутіть рушник в 4 шари і оберніть їм міхур.

8. Посадіть або укладіть пацієнта в зручному положенні і положіть міхур на потрібну ділянку тіла.

9. Залиште його на 10-15 хвилин, при необхідності його використання протягом тривалого часу зробіть перерву в 30-40 хвилин. а потім повторіть процедуру.

10. Після закінчення використання зніміть міхур, вилийте з нього воду, витісняючи повітря, загвинтите кришку і замочіть його і полотенце не менше, ніж на 60 хвилин.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ. Зберігайте міхур в сухому вигляді з відкритою кришкою.

Взяття матеріалу із верхніх дихальних шляхів

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Стерильні пробірки з сухим стерильним ватним тампоном (2 шт.).

2. Флакон із стерильним фізіологічним розчином.

3. Лампу.

4. Стілець.

5. Маску і стерильні рукавички.

ПІДГОТУЙТЕ ПАЦІЄНТА:

- Повідомте про призначену маніпуляції;

- Час 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 в 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 ввести 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 з тампоном.

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

9. Ті самі дії повторіть з лівою ніздрею.

10. Подальші дії див. нижче.

Взяття матеріалу з глотки

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Стерильні або одноразові шпателі.

2. Стерильну пробірку з тампоном.

3. Маску.

4. Стерильні рукавички.

5. Штатив для пробірок.

6. Окуляри.

ПІДГОТУЙТЕ ПАЦІЄНТА:

- Повідомте про призначену маніпуляції;

- Про час і місце її проведення;

- У доступній формі поясніть хід маніпуляції і 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 в ліву руку пробірку з тампоном, запропонуйте пацієнт злегка закинути голову і повернути її у вашу сторону, широко відкривши рот.

УВАГА!

Якщо пацієнт добре відкриває рот, шпатель можна не використовувати. Якщо ж рот відкривається погано, то в ліву руку разом з пробіркою візьміть шпатель, натисніть шпателем у 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 правого мигдалика;

- потім перейдіть до піднебіння;

- далі до лівого мигдалика;

- в 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 їжі.

При явних локалізованих змінах у глотці матеріал береться двома тампонами:

- з вогнища;

- всіх 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 в дез. розчині не менш, 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 судять за результатами дослідження мокротиння.

ПІДГОТУЙТЕ ПАЦІЄНТА:

- Попередьте про призначене дослідженні;

- Про час і техніці збору мокротиння;

- Принесіть йому чашку Петрі;

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

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Стерильну чашку Петрі з живильним середовищем.

2. Окуляри.

3. Маску.

4. Стерильні рукавички.

5. Додатковий халат (хірургічний) або клейонковий фартух.

6. Ємності 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 протягом 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 проточної водою, висушіть.

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

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

9. Останніми зніміть рукавички. Вимийте, висушіть руки.

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

Збору мокротиння на загальний аналіз 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:

1. Попередити про день і час здачі мокротиння.

2. Інформувати про техніку збору мокротиння.

3. Принести плювальницю.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

- Пацієнт збирає ранкове свіже мокротиння;

- Чистить зуби. Відхаркує мокротиння в плювальницю, не торкаючись її країв (достатньо 5 мл);

- Щільно закручує кришку і ставить у прохолодне місце;

- Медсестра оформляє направлення в лабораторію і забезпечує її 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 в чашку Петрі, не торкаючись її країв, зберігаючи її стерильності.

Збір мокротиння на атипові (пухлинні) клітини

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

ЗАГАЛЬНИЙ ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Спостереження за хворими з порушеннями функцій серцево-судинної системи вимагає особливої уваги. Так, необхідно контролювати дотримання хворими запропонованого їм рухового режиму. Порушення ними постільного режиму може привести до важких ускладнень.

Таких хворих необхідно забезпечити підкладним судном, спеціальним столиком, що дозволяє харчуватися, не встаючи з постелі. Варто перевірити справність індивідуальної сигналізації, частіше контролювати стан хворих.

У ряді випадків хворі із серцевою недостатністю скаржаться на посилення задишки в горизонтальному положенні. У цьому випадку необхідно підняти узголів'я ліжка, зручніше улаштувати хворого. При тривалому перебуванні в постелі в хворих з порушенням кровообігу можуть розвиватися пролежні. У зв'язку з цим необхідно проводити їхню профілактику, що полягає в контролі за станом постільної і натільної білизни (чиста білизна без складок), щоденному огляді шкіри хворого в місцях найбільш частого утворення пролежнів, дотриманні особистої гігієни хворого, застосуванні надувних кіл, спеціальних матраців.

Значне місце в лікуванні хворих із захворюваннями серцево-судинної системи приділяється харчуванню. Найбільше що часто застосовується в таких хворих дієта № 10 характеризується різким обмеженням повареної солі, тваринного жиру, вуглеводів, збільшеним змістом солей калію, введенням у харчовий раціон продуктів, що мають ліпотропну дію, овочів, фруктів, морських продуктів. Виключається міцний чай, кава. Необхідно стежити за тим, щоб хворому із дому не приносили продуктів, що забороняються дієтою № 10.

 Особливого підходу вимагають хворі з хронічною серцевою недостатністю. У силу ваги стану вони змушені довгостроково знаходитися в постелі. Одним з ознак недостатності кровообігу є набряки. Тільки вони з'являються шкіра стає гладкою, що лупиться, а від натиснення пальцем залишається ямка. В міру прогресування серцевої недостатності набряки поширюються зі стіп, гомілок на стегна, поперек, живіт, груди. Довгостроково існуючі набряки приводять до порушення трофіки тканин і утворенню довгостроково незагойних виразок. Після ін'єкцій у шкірі таких хворих залишаються отвори, з яких просочується рідина. У цьому випадку необхідно змазувати місце ін'єкцій йодом, накладати асептичну пов'язку. Періоду явних набряків передує період прихованої затримки рідини, який можна виявити, щодня зважуючи хворого. Зважування проводиться зранку після спорожнювання сечового міхура і кишечнику.

 Для визначення ефективності лікування необхідно стежити за співвідношенням виділеної хворим за добу сечі (діурез) і введеної в організм рідиною. До останнього відносять не тільки випиту рідину (чай, суп, молоко, соки), але також рідина, що міститься у фруктах, овочах, обсяг парентеральних розчинів, що вводяться. Вимір діурезу здійснюється в такий спосіб. Після спорожнювання сечового міхура з 6 ч ранку протягом доби хворий збирає сечу в градуйовану судину. Ранком отримані дані разом з даними про масу тіла хворого, введеної в організм рідини заносять в історію хвороби.

Варто стежити за дотриманням режиму провітрювання палат, освітлення, загального режиму відділення. У багатомісних палатах забороняється користуватися радіо, телевізором без індивідуальних навушників.

ДІАГНОСТИКА КЛІНІЧНОЇ СМЕРТІ

Клінічна смерть - період, що настає негайно після зупинки дихання і серця, коли повністю зникають всі прояви життєдіяльності, але необоротного пошкодження клітин, перш за все ЦНС, поки ще не відбулося.

Не розглядаючи унікальних випадків оживлення постраждалих, що знаходилися в стані аноксії більше 8-10 хвилин, тривалість клінічної смерті при нормальній температурі постраждалого, що залишає надію на повне або майже повне відновлення функції головного мозку, не перевищує 5-7 хвилин.

Тому, фактор часу має вирішальне значення в досягненні позитивного результату при реанімаційних заходах.

ОЗНАКИ КЛІНІЧНОЇ СМЕРТІ

1. ВТРАТА СВІДОМОСТІ. Зазвичай настає через 10-15 сек. після зупинки кровообігу. Збереження свідомості виключає зупинку кровообігу.

2. ВІДСУТНІСТЬ пульсу на сонних артеріях говорить про те, що кровообіг по цим артеріям припинений, що приводить до швидкого знекровлення мозку і загибелі клітин кори головного мозку.

Алгоритм знаходження сонної артерії:

1. Вказівний і середній пальці помістіть на щитоподібний хрящ.

2. Змістіть пальці в борозну між трахеєю і грудино-ключично-соскоподібним м'язом.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Визначати пульсацію необхідно не менше 10 сек., щоб не пропустити вираженої брадикардії. Розгинання шиї пацієнта полегшує визначення пульсації.

3. ВІДСУТНІСТЬ САМОСТІЙНОГО ДИХАННЯ або наявність дихання агонального типу. Наявність цієї ознаки встановлюється при зовнішньому огляді потерпілого і в абсолютній більшості випадків сумнівів не викликає.

Не витрачайте час на спроби виявити зупинку дихання за допомогою дзеркальця, руху обривка нитки і т.і.

Агональне дихання характеризується періодичними судомними скороченнями м'язів і дихальної мускулатури.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Якщо в цей момент не розпочати штучне дихання, агональне дихання через кілька секунд перейде в апное-повну зупинку дихання!

4. РОЗШИРЕННЯ ЗІНИЦЬ З ПОВНОЮ ВТРАТОЮ РЕАКЦІЇ НА СВІТЛО. Явне розширення зіниць настає через 40-60 сек., а максимальне - через 90-100 сек., Тому не слід чекати цієї ознаки.

Не слід в даній критичній ситуації втрачати час на:

- Вимірювання артеріального тиску;

- Визначення пульсації на периферичні судини;

 - Вислуховування серцевих тонів.

РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ наступна послідовність дій при підозрі на стан клінічної смерті:

а) встановити відсутність свідомості - обережно потрясти або окликнути потерпілого;

б) переконатися у відсутності дихання;

в) одну руку помістити на сонну артерію, а іншою припідняти верхню повіку, перевіривши таким чином одночасно стан зіниці і наявність або відсутність пульсу.

ЕТАПИ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Уникнути помилкових дій дозволяє суворе дотримання рекомендованої послідовності реанімаційних прийомів.

1 ЕТАП.

Забезпечення прохідності дихальних шляхів.

а) закидання голови:

- реаніматолог одну руку кладе на лоб потерпілого і притискає долонею до максимального запрокинення голови, іншою рукою піднімає ззаду шию;

б) висування нижньої щелепи вперед здійснюється або за підборіддя, або за її кути:

- кінчики пальців поміщають під підборіддя і піднімають його так, щоб верхні і нижні зуби знаходилися в одній площині;

- при висуненні нижньої щелепи за кути пальці обох рук підводять під її кути і висувають вперед;

в) відкриття рота відбувається в результаті виконання вишезазначених дій, тим не менш необхідно переконатися, що мета досягнута.

Після виконання цих маніпуляцій на дихальних шляхах (воно займає кілька секунд), необхідно очистити порожнину ротоглотки за допомогою відсмоктувача (гумової груші) і зробити 3-5 вдихів в легені потерпілого. Якщо при цьому грудна клітка не реагує, а правило герметичності суворо дотримано, можна запідозрити обструкцію (закупорка, перепона, перешкода) дихальних шляхів стороннім тілом. У цьому випадку треба провести заходи для термінового видалення стороннього тіла.

Для видалення сторонніх тіл з дихальних шляхів застосовують два прийоми:

1. 3-4 різких і досить сильних удари долонею по хребту між лопатками, створюючи значні перепади тиску в дихальних шляхах і змішують чужорідне тіло (виконується в положенні пацієнта на боці).

2. 3-5 активних надавлювань на епігастральну ділянку посередині відстані між пупком і мечоподібним відростком зверху вниз (виконується в положенні пацієнта на спині).

Вдаватися до 2 методу необхідно тільки тоді, коли 1-й був неефективним, тому що він досить небезпечний.

Обидва ці прийоми використовуються в тих випадках, коли пацієнт без свідомості.

У тих випадках, коли пацієнт не встиг втратити свідомість, слід підхопивши його лівою рукою (по реберні дузі), а потім нанести 3-4 удари долонею між лопаток (1-й прийом).

Можливе використання і 2-го прийому. Реаніматолог охоплює потерпілого ззаду обома руками, зводить руки "у замок" трохи нижче реберної дуги, а потім різко притискає постраждалого до себе, намагаючись максимально притиснути в епігастральній ділянці.

II ЕТАП.

ШТУЧНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЛЕГЕНІВ (ШВЛ).

Якщо відразу після відновлення прохідності дихальних шляхів спонтанне дихання не відновилось або воно неадекватне, необхідно негайно перейти до ШВЛ.

Існують два методи експіраторної ШВЛ - "рот в рот" і "рот в ніс".

При проведенні методу "рот в рот" реаніматолог діє спочатку відповідно з 1-м етапом. Потім забезпечує герметичність (щільно затискає великим і вказівним пальцями ніс пацієнта) дихальних шляхів.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Голова і шия постраждалого повинні постійно перебувати у стані розгинання.

Після глибокого вдиху реанімуючий, щільно обхопивши своїми губами губи потерпілого, з силою вдмухує в його повітряні шляхи повітря. Після віднімання рота відбувається пасивний видих.

Наступний вдих можна зробити після того, як грудна клітка пацієнта опуститься в початкове положення. Візуальний контроль руху грудної клітини обов'язковий.

У тих випадках, коли потерпілому не вдається відкрити рот або вентиляція через рот з яких-небудь причин неможлива, застосовують спосіб ШВЛ "рот в ніс".

1. Реанімучий рукою, яка перебуває на лобі пацієнта, запрокидає голову назад, а іншою, підтягуючи за підборіддя, висуває нижню щелепу вперед (пальці цієї руки служать для підтримки голови в розігнутому положенні і приведення нижньої щелепи до верхньої; їх розташовують на кістковій частині щелепи).

2. РОТ ПАЦІЄНТА ЗАКРИТИ максимально герметично!

3. Далі діяти, як і при виконанні попереднього способу.

ШВЛ у дорослих проводять з частотою 12 дихань за хвилину, тобто, 1 раз на 5 секунд. У новонароджених і грудних дітей повітря вдувають приблизно 20 разів на хвилину.

III ЕТАП.

Зовнішній масаж серця.

Слід дотримуватися таких правил зовнішнього масажу серця:

1. Пацієнт повинен лежати на твердій поверхні (інакше тиск на грудину призведе до зміщення всього тіла).

2. Пацієнт повинен перебувати на рівні колін реанімуючого. Плечі реанімуючого розташовуються паралельно грудині пацієнта.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Тиснути на грудну клітину слід прямим руками, за рахунок зусилля спини.

3. Точка надавлювання повинна відповідати проекції шлуночків серця на передню стінку грудної клітки. Ця область – нижньої третини грудини (на 2 поперечних пальця вище мечоподібного відростка).

4. Здавлювання грудини проводять проксимальною (долоневою) частиною руки, поклавши одну долоню на іншу. Пальці рук слід при цьому припідняти.

5. Сила тиску на грудину повинна бути достатньою для повноцінного спорожнення порожнин шлуночків від крові. Глибина зміщення грудини у напрямку до хребта на 4-5 см у дорослих, на 2-4 см у дітей і на 1-2 см у новонароджених.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! "Частота здавлювання грудної клітки для дорослих складає 60-80 разів на хвилину, для дітей і немовлят 100-120 разів.

Зовнішній масаж серця необхідно поєднувати з ШВЛ. У нормі, перебуваючи в стані спокою і лежачи, доросла людина дихає приблизно 12 разів на хвилину, і один вдих забезпечує оксигенацію 5 порцій крові, що викидаються при скороченні серця (приблизно 60 на хвилину). При проведенні реанімації необхідно прагнути додержуватись цієї встановленої природою норми.

Якщо реанімують двоє, роздування легень проводять після кожного п’ятого натискання на грудину, проведеного в темпі 1 раз на секунду.

Якщо реанімує один, то після кожних двох вдувань повітря в легені слідують 15 здавлювань грудини (приблизно 3 здавлювання в 2 секунди). Паузи при чергуванні вентиляції і масажу повинні бути мінімальними.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! ОБИДВІ МАНІПУЛЯЦІЇ ПРОВОДЯТЬСЯ З того боку, де знаходиться реаніматолог.

Отже, якщо реанімує ДВОЄ, співвідношення вентиляція/масаж становить 1:5, а якщо реанімує ОДИН - 2:15.

Ефективність реанімаційних заходів оцінюють за такими ознаками:

1. Поява реакції зіниць на світло.

Звуження зіниць говорить про надходження крові, збагаченої киснем, у мозок пацієнта. Якщо зіниці залишаються широкими і при цьому не реагують на світло, можна думати про загибель мозку.

2. Відновлення пульсації на сонних артеріях свідчить про відновлення самостійної серцевої діяльності. Воно має відбутися після короткочасного, не більше 3-5 сек., припинення масажу.

Якщо реанімацію проводять 2 людини, то контроль за пульсом на сонних артеріях і станом зіниць здійснює реаніматолог, який проводить ШВЛ.

3. Відновлення спонтанного дихання.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Пацієнт не повинен ні на хвилину випадати з поля зору реаніматологів. Якщо протягом 30-40 хвилин зіниці залишаються широкими, самостійна серцева діяльність і дихання не відновлюються, можна констатувати біологічну смерть.

Проведення зовнішнього масажу серця досить часто супроводжується переломами ребер пацієнта, рідше веде до пошкодження легеневої тканини з виходом повітря в плевральну порожнину (пневмоторакс), розривами судин і виливом в плевральну порожнину крові (гемоторакс). Однак побоювання викликати ускладнення ні в якому разі не повинні призводити до відмови від реанімації або проведенню її в неповному обсязі або недостатньо енергійно.

Серцево-легенева реанімація дітей різного віку.

Серцево-легенева реанімація немовлят

Матеріальне забезпечення: 1) відсмоктувач або гумова груша; 2) марлеві серветки.

Хід виконання:

Обстеження.

a) Оцініть колір шкірних покривів дитини.

b) Огляньте грудну клітку, прислухайтесь, приклавши своє вухо до ротика і носика, чи дитина дихає.

c) Ущипніть немовля за п’ятку, якщо дихання не відновилось негайно розпочинайте серцево-легеневу реанімацію (СЛР).

d) Примітка: якщо ви не один – попросіть іншу особу викликати лікаря. Якщо ви один – спершу проведіть СЛР протягом 1 хв, а тоді викличте лікаря якомога швидше.

Забезпечення прохідності дихальних шляхів.

a) Вкладіть немовля на спину на твердій поверхні.

b) Правильно розігніть голову, щоб відкрити дихальні шляхи. Для цього помістіть свою руку дитині на лоб, а чотири пальці (крім великого) іншої руки – під кістковий виступ нижньої щелепи, який промацується на рівні середини щоки. Потім припідніміть і злегка закиньте назад голову (ніс дивиться в стелю). Правильна позиція необхідна, щоб забезпечити вільний доступ повітря у трахею і далі в легені.

c) Якщо в роті наявні блювотні маси чи інший вміст, слід очистити рот дитини. Для цього швидко видаліть слиз чи блювотиння пальцем або відсмоктувачем, попередньо повернувши голову дитини набік:

 Відкрийте рот дитини, захопивши язик і нижню щелепу між вказівним і іншими пальцями.

 Якщо ви бачите стороннє тіло, слиз чи блювотиння, введіть вказівний чи мізинний палець іншої руки в рот немовляти.

 Рухайте палець уздовж задньої стінки глотки в напрямку до себе.

d) Як тільки рот очистився, відновіть правильну позицію голови і, наблизивши своє вухо до ротика і носика, впродовж 5 сек прислухайтесь чи не відновилось дихання.

Штучна вентиляція легень.

a) Відкрийте широко рот. Охопіть своїм ротом рот і ніс немовляти. Якщо немовля велике, охопіть своїм ротом рот немовляти, а його ніс притисніть своєю щокою, щоб повітря не виходило назовні.

b) Зробіть два повільних види приблизно 1-1½ сек кожен, з паузою для вдиху. При цьому грудна клітка повинна підніматись.

c) Якщо грудна клітка не піднімається, повторіть кроки по забезпеченню прохідності дихальних шляхів.

Непрямий масаж серця.

a) Якщо після цього дитина не почала дихати самостійно, перевірте пульс на внутрішній поверхні плеча, ближче до тулуба.

b) Якщо є пульс при відсутньому диханні, продовжуйте штучну вентиляцію легень з частотою 1 дих. рух кожні 3 сек або 20 за хвилину до відновлення самостійного дихання.

c) Якщо пульс відсутній або < 60 уд./хв., слабкого наповнення, починайте непрямий масаж серця.

d) Правильно розмістіть пальці для натискання на грудину. Для цього проведіть уявну лінію на рівні сосків і розмістіть два пальці своєї руки на грудині немовляти на один палець нижче від цієї уявної лінії. Інша рука фіксує голівку в запрокинутому положенні.

e) Натискайте на грудину строго вниз (до підлоги) на глибину 1.5-3 см з частотою 100 на хвилину. Дотримуйтесь рахунку: і раз, і два, і три, і чотири, і п’ять. На кожні 30 натискань (15 натискань – якщо вас двоє) робіть два дихальні рухи.

f) СЛР можна припинити у випадку:

 Якщо у дитини з’явилось самостійне дихання, і ЧД наближається до норми.

 Якщо ознаки життя відсутні через 30-45 хв після початку СЛР, оскільки значно зростає ризик важкого ураження ЦНС.

Серцево-легенева реанімація дітей шкільного віку.

• Провести обстеження, забезпечення прохідності дихальних шляхів та ШВЛ як описано вище.

• Непрямий масаж серця проводиться шляхом натискання основою долоні на грудину на глибину 3-4.5 см (дітям, старшим 8 років – 4-6 см за допомогою обох рук як дорослим) частотою 80-100/хв. Після 4 циклів з 15 натискань і 2 видихань перевірте пульс у дитини..

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Задача №1 . У дитини 4-х річного віку на фоні ГРВІ, гострого нежитю виникла носова кровотеча.

Завдання: надайте невідкладну долікарську допомогу даній дитині.

Задача №2 У дитини 6-ти років, котра з 3 – річного віку отримує лікування з приводу епілепсії, на прийомі у педіатра починається великий судомний напад. Першочергові дії лікаря:

Завдання: надайте невідкладну долікарську допомогу даній дитині.

Відповіді на ситуаційні задачі:

Задача №1. 1) надати дитині напівсидячого положення з помірно запрокинутою головою; 2) заборонити висякати носа; 3) закласти в ніс тампон, змочений 3% розчином перекису водню, притиснути пальцем крило носа до носової перетинки; 4) холод на перенісся, потилицю (марля, змочена холодною водою, лід); 5) якщо кровотеча не зупинилась – викликати ЛОР лікаря.

Задача №2. 1. Забезпечити прохідність дихальних шляхів; 2. провести оксигенотерапію;

3. При необхідності вести сибазон внутрішньом’язово

Рекомендована література:

Основна: Джерела інформації:

Основна література

 1 Методичні вказівки до практичних занять із курсу «Догляд за хворими» / укладачі: С. І. Бокова, Г. О. Сумцов. – Суми: Сумський державний університет, 2021. – 76 с.

 2 Methodological instructions practical lessons on the topic “Features of childcare at different ages: periods of development, assessment of the deneral condition and elements of neuropsyological development of the child” on the discipline “European experience of care for children of young age” (in accordance with the conditions of the Bologna process) [Електронний ресурс] : for students of specialty 222 “Medicine” of the full-time course of study / O. I. Smiian, V. A. Horbas. — Sumy : Sumy State

 3 Методичні вказівки до практичного заняття з теми "Періоди дитячого віку, їх характеристика та особливості. Збирання анамнезу. Клінічний огляд дитини. Критерії оцінювання загального стану дітей" із дисципліни "Європейський досвід догляду за дітьми раннього віку" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 222 "Медицина", 228 "Педіатрія" денної форми навчання / О. І. Сміян, П. І. Січненко. — Суми : СумДУ, 2022. — 40 с.

 Допоміжна література

 1 Збірник тестових питань для самостійної роботи з дисципліни «Догляд за хворими» [Електронний ресурс]: для студ. спец. 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» денної форми навчання / С.І. Бокова. – Ел. видання каф. Сімейної медицини – Суми: СумДУ, 2020. – 33

 2 Methodical instructions for practical exercises in the discipline «Nursing» / compilers: G. A. Sumtsov, S. I. Bokova. – Sumy : Sumy State University, 2020. – 30 p.

 3. Методичні вказівки з дисципліни "Пропедевтика педіатрії" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 7.110101 "Лікувальна справа" денної форми навчання. Ч.3 : Вигодовування дітей / О. І. Сміян, В. А. Горбась, П. І. Січненко. — Суми : СумДУ, 2017. — 39 с.

4. Методичні вказівки з дисципліни "Сестринська практика" до модуля "Основні обов'язки та професійні дії медичної сестри дитячого відділення" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 7.12010001 "Лікувальна справа", 7.12010003 "Медико-профілактична справа" денної форми навчання. Ч.1 / О. І. Сміян, П. І. Січненко, В. А. Горбась. — Суми : СумДУ, 2013. — 91 с.

 Інформаційні ресурси в Інтернеті

1 https://elearning.sumdu.edu.ua/works/6868/nodes/1951586#anchor1951586

 2 https://elearning.sumdu.edu.ua/free\_content/lectured:64a8b599ceca42d88237ea690d858e23fb99b183/20211006053127//index.html

**Практичне заняття № 4**

**Лабораторні методи дослідження функціонального стану органів та систем дитячого організму. Правила і техніка взяття матеріалу для дослідження. Особливості догляду за дітьми з захворюваннями сечової системи та ШКТ**

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

Кількість годин 4

Актуальність: Чітка організація роботи медичної сестри педіатричного відділення по догляду за дітьми з ураженнями сечової системи та ШКТ сприяє підвищенню ефективності лікування дітей з даною патологією.

Мета: оволодіти навичками медичної сестри по догляду за дітьми з захворюваннями сечової системи та ШКТ та технікою взяття матеріалу для дослідження

КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

Студент повинен знати:

• Особливості догляду за дітьми при захворюваннях шлунково-кишкового тракту:

• Техніку проведення промивання шлунка;

• Правила подачі судна;

• Техніку проведення очисних клізм;

• Техніку постановки газовідвідної трубки;

• Техніку взяття промивних вод на дослідження;

• Правила підготовки зондів, катетерів, наконечників до маніпуляцій;

• 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;

• Особливості туалету сечової системи у хлопчиків та дівчаток;

• Особливості догляду за гастростомою, сечостомою;

• Правила підготовки хворої дитини до маніпуляцій і досліджень.

Студент повинен вміти:

• Надати допомогу під час блювоти;

• Виконати промивання шлунка;

• Подати судно;

• Виконати очисну клізму;

• Поставити газовідвідну трубку;

• Взяти промивні води на дослідження;

• Підготувати зонди, катетери, наконечники до маніпуляцій;

• Зібрати кал для досліджень.

• Володіти технікою забору у дітей аналізу сечі для дослідження за методиками Зимницького, Нечипоренка, Аддіса-Каковського.

• Взяти сечу на стерильність.

• Провести туалет сечової системи у хлопчиків та дівчаток.

• Доглядати за гастростомою, сечостомою.

• Підготувати хвору дитину до маніпуляцій та досліджень;

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 ПРАЦІ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТА ДО ЗАНЯТТЯ:

 Теоретичні питання до заняття:

• Особливості догляду за дітьми при захворюваннях шлунково-кишкового такту та сечової системи

• Правила постановки шлункового зонда;

• Техніка виконання промивання шлунка;

• Основні види клізм, методика і правила їх постановки дітям різного віку;

• 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 туалету сечової системи у хлопчиків та дівчаток.

• Правила догляду за гастростомою, сечостомою.

• Правила підготовки хворої дитини до маніпуляцій і досліджень;

Вихідний рівень знань і умінь перевіряється шляхом вирішення ситуаційних завдань по кожній темі, 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.

Промивання шлунка

Мета: Активне звільнення шлунку від токсичних речовин. Метод доступний, не потребує великого оснащення та набору лікарських засобів. Це найбільш активний засіб детоксикації (припинення впливу токсичних речовин та їх видалення з організму). Для промивання шлунку можна використовувати різні методи:

- "Ресторанний";

- Промивання з застосуванням товстого шлункового зонда;

- Промивання з застосуванням тонкого шлункового зонда;

- Промивання з застосуванням препарату Апоморфін, який має сильну блювотну дію.

ЗАПАМ'ЯТАЄТЕ! ЕКСТРЕНЕ (термінове) промивання шлунка необхідно пацієнтові НЕЗАЛЕЖНО від часу, що пройшов з моменту надходження в організм токсичних речовин.

"РЕСТОРАННИЙ" спосіб промивання шлунка застосовується в тому випадку, коли стан пацієнта дозволяє зробити це.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Залежно від умов, в яких ви знаходитеся, посадити пацієнта або укласти його на бік, щоб тулуб був вище голови пацієнта.

2. По можливості фіксуйте пацієнта в потрібному для проведення маніпуляції положенні.

3. Використовуйте підручні засоби для забезпечення збору промивних вод (для огляду їх лікарем швидкої допомоги).

4. Максимально захистіть доступними засобами ваші шкірні покриви і слизові від попадання на них промивних вод.

5. ПОРЦІЯМИ, не більше 500 мл (у дорослих), водою кімнатної температури напоїть пацієнта (всього йому необхідно випити від 5 до 10 літрів, а іноді і більше).

6. Після кожної порції прийнятої води нахиліть пацієнта над ємністю для промивних вод, фіксуючи його голову і тулуб (цю маніпуляцію краще виконувати вдвох чи втрьох).

7. Попросіть пацієнта широко відкрити рот і, якщо він у свідомому стані, введіть у ротову порожнину 2 пальця правої руки і поводіть по кореню язика, викликаючи блювотний рефлекс. Після закінчення блювотних рухів звільніть порожнину рота від залишок блювотних мас.

8. Промивання шлунка проведіть до "чистих" промивних вод, щоб у них не було залишків їжі, слизу; очистіть від слизу носоглотку.

9. Після закінчення промивання шлунка пацієнту дати випити таблетку активованого вугілля.

ПАМ'ЯТАЙТЕ!

Якщо промивання шлунка проводилося з приводу випадкового або навмисного прийому токсичних засобів, вам в першу чергу необхідно викликати "швидку допомогу".

Якщо під рукою немає ніякого посуду для промивних вод, можна використовувати целофанові пакети (їх також можна використовувати замість рукавичок).

ВИКОРИСТАННЯ Апоморфіну (0,5-1,0 п / к - тільки за призначенням лікаря і тільки у дорослих) - при необхідності швидкого видалення зі шлунку отрути і недоброякісних продуктів харчування, особливо коли неможливо провести промивання шлунка. Дія наступає через кілька хвилин. Після блювоти пацієнт кілька годин перебуває на постільному режимі. Медсестра зобов'язана контролювати виконання пацієнтом призначеного лікарем режиму..

Промивання шлунку у дорослих і дітей старшого віку(пацієнт у свідомості, оцінює все адекватно)

Мета:

- Лікувальна;

- Діагностична.

Показання визначає лікар:

- Гострі отруєння лікарськими засобами, їжею, алкоголем і т.д., якщо пройшло не більше 30-40 хв. якщо більше, то плюс сифонна клізма при алкогольній комі для попередження асфіксії (западання язика) на язик пацієнта накладається язикодержач + оксигенотерапія,

- Діагностика (промивання води шлунка),

- У виняткових випадках, перед операцією на шлунку.

Протипоказання визначає лікар:

- Гострі стани в ротовій порожнині, глотці, стравоході, шлунку, 12-палої кишки, жовчному міхурі,

- Гострі стани при захворюваннях серця, дихальних шляхів, мозку,

- Гострі стани черевної порожнини.

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Шлунковий зонд. гумову трубку, скляний перехідник.

2. Прозору воронку ємністю 1 літр.

3. Стерильний лоток.

4. Стерильну пробірку з пробкою.

5. Шприц Жане.

6. Глечик ємністю 1 літр. •

7. Рукавички.

8. Клейонковий фартух - 2 шт.

9. Рушник.

10. Ємність з водою на 8-10 л, t ° 20 C.

11. Ємність для промивних вод.

12. Ємності з дез. розчином.

13. Штатив.

14. Направлення в лабораторію.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

- Заспокойте пацієнта;

- Поясніть йому, як поводитися під час маніпуляції;

- Виміряйте АТ і підрахуйте пульс.

ПОРЯДОК ДІЇ палатної медсестри:

1. Доставте пацієнта в кабінет.

2. Посадіть на стілець так, щоб його спина щільно притискалась до спинки стільця.

3. Груди пацієнта закрийте клейончастим фартухом.

4. Знімні протези зніміть і покладіть в стакан з водою кімнатної температури (при наявності їх).

5. Уточніть зріст пацієнта для визначення довжини зонда, що вводиться в шлунок (зріст мінус 100 см).

ПОРЯДОК ДІЙ МЕДСЕСТРИ ПРОЦЕДУРНОГО КАБІНЕТУ:

1. Вимийте руки з милом.

2. Надягніть фартух, маску, рукавички.

3. Уточніть зростання пацієнта.

4. Зробіть відмітку на зонді (якщо зріст пацієнта стандартний, від 160 до 180 см, можна працювати за стандартними рисками на зонді).

5. Станьте справа від пацієнта, ємність з чистою водою поставте праворуч, а для промивних вод - зліва.

6. Попросіть пацієнта широко відкрити рот і глибоко дихати через ніс. На рахунок 1, 2, 3, 4 - пацієнт робить вдих, а ви швидкими рухами введіть змащений рідким масляним розчином або змочений в фіз. розчині сліпий кінець зонда за корінь язика, попросіть пацієнта зробити ковтальний рух. На рахунок 1, 2, 3, 4, 5, 6 - видих, пацієнт відпочиває.

7. Попросіть пацієнта зробити кілька ковтальних рухів, проведіть зонд по стравоходу і в шлунок за тією ж схемою.

8. Упевніться, що зонд у шлунку опустивши кінець зонда до рівня колін – з нього почне виділятись шлунковий вміст (якщо його нема, змінити положення зонда, просуваючи його вперед чи назад). До зонду приєднаєте лійку на рівні колін пацієнта, дещо нахиливши до себе, щоб не ввести додатковий повітря в шлунок. Воду наливайте по стінці лійки, тим самим витісняючи повітря із системи трубок.

9. Заповнивши систему трубок, підніміть лійку угору, на рівень витягнутої руки, вода відразу ж почне надходити в шлунок.

10. Дочекавшись, коли вода досягне звуження лійки, швидко опустіть її вниз, промивні води шлунка досить швидко заповнять лійку.

11. Вміст лійки перелийте в ємність для промивних вод, намагаючись не розбризкувати.

12. Маніпуляцію повторюють до тих пір, поки промивні води не стануть "чистими", тобто не будуть містити залишків їжі, слизу.

13. Після промивання від’єднайте лійку і виведіть зонд

14. Після маніпуляції лійка та зонд промиваються і замочуються у 3% розчині хлораміну не менше ніж на 60 хвилин і в подальшому піддаються автоклавуванню.

При отруєнні, якщо пацієнт доставлений в реанімаційне відділення, медсестра зобов'язана відразу ж, не чекаючи призначень лікаря, ввести одноразовий зонд в шлунок (довжину зонда визначають, вимірюючи відстань від мочки вуха до передніх різців і до пупка) в промити шлунок.

УВАГА! Після промивання шлунка хворому слід дати сольові проносні сульфат магнію чи натрію в 50 – 500 мл води і положити в ліжко, на живіт грілку.

Промивання шлунка у дітей молодшого віку

Процедура виконується з лікувальною метою (найбільш часто при отруєннях) і при діагностичному дослідженні промивних вод (для ідентифікації отрути, цитологічного дослідження, виділення збудників туберкульозу органів дихання та кишкових інфекцій).

Мета: видалити зі шлунка токсичні речовини.

Оснащення:

- Шлунковий зонд;

- Гумовий фартух (2 шт.);

- Ємність з розчином для промивання 20-22 ° С;

- Таз для промивних вод;

- Лоток для оснащення;

- Лоток для відпрацьованого матеріалу;

- Марлеві серветки;

- Шпатель;

- Стерильна ємність для промивних вод;

- Бланк-направлення;

- Ємність з дезинфікуючим розчином, ганчір'я;

- Гумові рукавички.

Обов'язкова умова: розчин для промивання не повинен бути теплим (буде всмоктуватися) і не повинен бути холодним (може викликати спазм шлунка).

Протипоказано промивання шлунка при віддалених (більше 2 год.) терміни отруєння речовинами, що мають припалюючу дію (ризик перфорації стравоходу і шлунку), судомах, значних звуженнях стравоходу.

При порушенні техніки виконання процедури можуть виникнути ускладнення: аспірація промивних вод, набряк головного мозку, травматичне ушкодження слизових оболонок стравоходу і шлунка, охолодження дитини.

Для попередження аспірації промивних вод необхідно під час процедури надати дитині зручне і безпечне положення, дотримуватися глибину введення зонда і техніку промивання.

Положення дитини залежить від віку і тяжкості стану. Дітей у тяжкому стані і дітей перших місяців життя укласти на бік зі злегка повернутим вниз обличчям. Старших, якщо дозволяє стан, помічник саджає до себе на коліна, утримуючи ноги своїми схрещеними ногами, голову фіксує однією рукою за лоб, інший обхоплює руки. Дитину без свідомості перед процедурою интубують.

Глибина введення зонда визначається від перенісся до пупка або від мочки вуха до кінчика носа і до кінця мечоподібного відростка.

Промивання виконують за принципом «сифона» (по наповненій рідиною трубці, що з'єднує дві посудини, рідина потрапляє в ємність, розташовану нижче). Одна ємність - шприц Жане (лійка) з водою, інша - шлунок. При підйомі шприца (лійки) рідина надходить у шлунок, при опусканні - зі шлунка в лійку. Не можна допускати повного переходу всієї рідини зі шприца (лійки) в шлунок, тому що є небезпека попадання повітря у шлунок, що утрудняє надалі видалення вмісту шлунка.

З метою профілактики водно-сольових порушень і розвитку набряку головного мозку для процедури слід використовувати сольові розчини {ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин Рінгера, гемодез, воду з додаванням кухонної солі), необхідно запобігати надмірних водних навантажень, контролювати кількість рідини, введеної в шлунок та виведеної з нього.

Травматичного пошкодження слизових оболонок можна уникнути, якщо правильно підібрати зонд (до 3 місяців життя використовують шлунковий катетер № 6, 8, 10, у дітей до 3 років-тонкий зонд, у старшому віці - товстий зонд), дотримуватися техніки його введення. Неприпустимо видаляти вміст шлунка вакуумним відсмоктуванням.

Охолодження дитини при проведенні процедури попереджається використанням для промивання розчину температурою 35-37 ° С. Теплий розчин зменшує перистальтику кишечника, перешкоджає переміщенню отрути при отруєнні, його всмоктуванню. При гіпо- або гіпертермії температура води використовується для корекції температурних порушень. У разі шлункової кровотечі температура води повинна бути 16-18 ° С.

Особливості виконання процедури.

1. Вибір рідини для промивання залежить від віку дитини, причини та приводу з якого проводиться процедура, можливостей для її виконання.

2. Для ефективного проведення процедури повинна бути достатня кількість рідини. Якщо промивання виконується з приводу отруєння і воно відбулося після прийому їжі, введення рідини починають з половини разової порції, закінчують процедуру введенням в шлунок сорбентів, антидотів. Повторюють процедуру до отримання чистих промивних вод.

3. Під час промивання необхідно контролювати стан дитини.

4. При промиванні шлунку у дітей раннього віку поршень не витягають. З його допомогою видаляють вміст шлунку.

5. Залишковий вміст і промивні води шлунка необхідно ретельно вивчити, особливо при підозрі на шлункову кровотечу. У дитини перших місяців життя згустки крові можуть закрити просвіт катетера і при відсмоктуванні шпріцем вміст може бути відсутнім, що помилково оцінюється як відсутність кровотечі у шлунку.

Після процедури чергове годування слід пропустити.

Підготовка до процедури

• Пояснити дитині / родичам, батькам мету і хід проведення процедури

• Підготувати необхідне оснащення

• Одягти фартух

• Вимити і осушити руки, надіти рукавички

• Опрацювати пеленальный столик дезинфікуючим розчином і постелити на нього пелюшку

• Посадити і зафіксувати дитину на руках у помічника:

а) ноги помічник охоплює своїми ногами:

б) руки фіксує однією рукою;

в) голову - інший, поклавши долоню на лоб дитині

Примітка: дитину молодшого віку можна загорнути в пелюшку або простирадло для кращої фіксації

• Одягти на дитину фартух поверх руки фіксуючого

• Поставити таз для промивних вод біля ніг дитини

Виконання процедури

• Виміряти зондом відстань до шлунка (від мочки вуха до кінчика носа і до кінця мечоподібного від ¬ паростка)

• Змочити «сліпий» кінець зонда у воді

• Відкрити рот дитині за допомогою шпателя (якщо сам не відкриває). При необхідності використовувати роторозширювач і язикодержач

Примітка: для відкривання рота взяти шпатель як писальне перо, ввести його в ротову порожнину, повернути ребром і провести по бічній поверхні ясен до місця закінчення зубів, після чого повернути його плазом і різко натиснути на корінь язика.

• Ввести зонд по середній лінії мови до мітки і вказівним пальцем правої руки завести зонд за зуби

Примітка: якщо під час введення зонда дитина почала задихатися, кашляти - негайно висунути зонд

• Приєднати до зонду воронку або шприц Жане без поршня

• Опустити воронку нижче рівня шлунка (трохи нахиливши її) і налити в неї воду для промивання

• Повільно піднімаючи воронку вгору, стежити за надходженням з неї рідини в шлунок (вода повинна опуститися до гирла воронки)

 • Швидко, але плавно опустити воронку нижче початкового рівня і вилити вміст шлунка в таз

• Повторити промивання до отримання «чистої води»

Примітка:

а) кількість води для промивання береться з розрахунку 1 літр на рік життя;

б) при промиванні шлунку необхідно стежити, щоб кількість введеної і виділеної рідини були приблизно рівними

• Від'єднати воронку і швидким рухом видалити зонд через серветку

Завершення процедури

• Прополоскати рот дитині

• Віддати дитину мамі або покласти в ліжечко

• Зібрати шлунковий вміст для дослідження в стерильну ємність

• Відправити у лабораторію в супроводжувальним направленням

• Весь інструментарій, фартухи піддати дезінфекції

• Зняти рукавички, вимити і осушити руки

ЗАСТОСУВАННЯ СУДНА

Мета: задоволення фізіологічних відправлень дитини (застосовують у дітей старшого віку).

Показання: суворий постільний режим хворого

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Ширму (якщо пацієнт знаходиться в загальній палаті).

2. Клейонку з пелюшкою або вологостійку пелюшку.

3. Судно, краще - два (може бути гумовим, емальованим, пластмасовим, фаянсовим).

4. Ємність для води або асептичного розчину.

5. Воду або асептичний розчин, t ° - 40 C.

6. Фартух.

7. Маску.

8.Рукавички.

9. ВСЕ НЕОБХІДНЕ ДЛЯ ТУАЛЕТУ сечостатевих органів.

Маніпуляція може проводитися 1,2,3,4 медичними працівниками. Це залежить від:

- Тяжкості стану пацієнта,

- Маси пацієнта.

Медсестра може виконувати маніпуляцію як на прохання пацієнта, так і за призначенням лікаря, у зв'язку з туалетом сечостатевих органів для виконання інших маніпуляцій (катетеризації сечового міхура та ін), після проведення очисних клізм в ліжку пацієнта.

ПІДГОТУЙТЕ ПАЦІЄНТА:

- Психологічно, заспокойте, створіть умови для повного розслаблення,

- Обов'язково відгородіть ширмою.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Надягніть фартух, маску.

2. Вимийте, висушіть руки.

3. ОБОВ'ЯЗКОВО надіньте рукавички. Якщо в цьому є необхідність, запросіть помічників. Заздалегідь покладіть клейонку, пелюшку і на них поставте судно!

4. Підніміть сорочку до рівня лопаток, з двох сторін підніміть пацієнта лівою, а помічник - правою, руками, підведеними під крижовий область пацієнта, попередньо зігніть ноги дитини у колінному суглобі.

5. Правою рукою одночасно підведіть клейонки і судно

6. Зручно укладіть пацієнта на широку частина судна крижовою областю так, щоб промежина пацієнта перебувала над судном (ручка судна повинна перебувати між ніг пацієнта).

7. Більшу частину пелюшки згорніть у вигляді джгута і покладіть на межі судна і спини так, щоб запобігти затікання рідини на спину, в силу того, що широка частина судна навіть на жорсткому ліжку прогинається.

УВАГА!

Якщо пацієнт хлопчик, то додатково ви повинні подати і сечоприймач так як при сечовипусканні він може замочити і простирадло, і ковдру навіть при млявості струменя.

8. Накрийте пацієнта та знаходьтесь неподалік.

9. Після закінчення акту дефекації (виділення калу з прямої кишки) і сечовиділення, якщо є два судна, то поміняйте одно на інше в тому ж порядку, як підводили. Якщо ж судно одне, то уберіть його з-під пацієнта, віддайте помічникові або, якщо його немає, поставте на приліжкову табуретку (для індивідуального судна пацієнта).

10. Розправте під пацієнтом пелюшки і покладіть його на неї. Винесіть судно, вилийте в унітаз, сполосніть, висушіть його зовнішню поверхню і знову підведіть під пацієнта, попередньо накривши чистою частиною пелюшки ту частину, на якій лежав пацієнт.

11. Провівши ретельний туалет сечостатевих органів приберіть судно і пелюшки одночасно.

12. Перевірте, чи не затекло на спину, чи сухе ліжко, поправте всі складки на ліжку.

13. Укрийте пацієнта, переконайтеся, що йому зручно лежати і у нього до Вас нема ніяких прохань.

14. Відкрийте кватирку чи ВІКНО (залежить від пори року і зовнішньої температури повітря).

15. Замочіть весь використаний матеріал у дезрозчині - не менш, ніж на 60 хвилин.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ.

Перед подачею судна пацієнтові обов’язково налийте на дно води для:

 - Зменшення запаху при акті дефекації,

- Більш легкого відходження калових мас від судна.

Туалет сечостатевих органів

Мета: дотримання особистої гігієни пацієнта.

Показання: тяжкий або середньо тяжкий стан дитини, постільний режим рухової активності пацієнта.

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Ширму (якщо пацієнт знаходиться в загальній палаті).

2. Клейонку з пелюшкою або вологостійку пелюшку.

3. Судно, краще - два (може бути гумовим, емальованим, пластмасовим, фаянсовим).

4. Ємність для води або асептичного розчину.

5. Воду або асептичний розчин, t ° - 40 C.

6. Фартух.

7. Маску.

8.Рукавички.

9. Ємність зі стерильним корцангом (індивідуальним для кожного пацієнта).

10. Стерильний лоток зі стерильною серветкою чи ватно-марлевим тампоном.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

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

НЕ ЗАБУДЬТЕ! ПОЛОЖЕННЯ ПАЦІЄНТА - "на спині" з зігнутими в колінах ногами. Уточніть у пацієнта, чи зручно йому лежати.

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

3. Лийте воду (розчин) на серветку (тампон), так щоб уникнути розбризкування, ємність 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. ЗМІНИТИ тампон (серветку), потім промийте складочки між великими і малими статевими губами і малі статеві губи, до анального отвору. ЗМІНИТИ тампон (серветку). В останню чергу промийте складочку між клітором, вхід у піхву.

ПАМ'ЯТАЙТЕ!

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

Висушують у тій же послідовності, звертаючи увагу на крижову область.

У хлопчиків послідовність зберігається, тільки при обробці статевого члена НЕОБХІДНО взяти його в ліву руку, злегка потягнути на себе крайньої плоті, тим самим звільнити голівку, змочити в розчині серветку (тампон) і промити її, змінюючи серветки.

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

ЗАСТОСУВАННЯ ГАЗОВІДВІДНОЇ ТРУБКИ У СТАРШИХ ДІТЕЙ І ДОРОСЛИХ

Мета: звільнити кишечник від газів. Показання визначає лікар (метеоризм). Протипоказання визначає лікар.

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Стерильний лоток.

2. Стерильну газовідвідну трубку.

3. Стерильний вазелін (краще рідкий).

4. Клейонку.

5. Пелюшку.

6. Судно.

7. Маску.

8. Рукавички, ємності з дез. засобами.

ПІДГОТУЙТЕ ПАЦІЄНТА:

1. Повідомте про намічену маніпуляцію батькам.

2. Отримайте згоду на її виконання від батьків.

3. Покладіть його на лівий бік, попросіть зігнути ноги в колінах і привести їх до живота, попередньо постеливши на постіль клейонку з пелюшкою, поруч поставте судно з невеликою кількістю води.

4. Уточніть, чи зручно пацієнтові лежати.

5. Уточніть наявність у нього захворювань прямої кишки (геморой, тріщини, поліпи, слабкість сфінктерів).

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Надіньте (змініть) халат, маску, рукавички!

2. Огляньте анальний отвір і рясно змастіть його вазеліном.

3. Кінець газовідвідної трубки рясно змастіть вазеліном на 10-15 см.

4. 4 пальцями лівої руки розведіть сідниці і обережно обертальним рухом введіть трубку на 20-30 см (для дорослих).

5. Зовнішній кінець трубки опустіть у судно (для зменшення запаху!).

6. У міру відходження газів пальпують живіт і визначайте ефективність використання трубки.

7. Акуратно, за допомогою пелюшки виведіть з кишечника трубку, в кінці маніпуляції притисніть сідниці одне до одного, щоб уникнути відходження рідкої частини калових мас.

8. Укрийте пацієнта, провітріть палату, весь використаний матеріал замочіть у 3% розчині хлораміну.

ПАМ'ЯТАЙТЕ!

 Газовідвідна трубка може перебувати у прямій кишці не більше 1-2 год. щоб уникнути утворення пролежнів!

Введення газовідвідної трубки у дітей молодшого віку

Мета: виведення газів з кишечника. Газовідведення виконується при метеоризмі.

Оснащення: газовідвідна трубка; вазелінове масло; лоток для оснащення; лоток з водою для контролю відходження газів; лоток для використаного матеріалу; пелюшки; клейонка; рукавички і гумовий фартух.

Протипоказаннями для процедури є шлунково-кишкова кровотеча, гострі запальні і виразкові процеси в області заднього проходу і товстого кишечника, тріщини заднього проходу.

Правила введення газовідвідної трубки.

1. Зробити очищувальну клізму (при відсутності стільця) за 20-30 хв перед введенням газовідвідної трубки.

2. Процедуру виконувати в положенні дитини до 6 місяців на спині, в старшому віці - на лівому боці з приведеними до живота ногами.

Наконечник балона (вводиться кінець газовідвідної трубки) змастити вазеліновим маслом і вводити у напрямку до пупка, потім - паралельно куприка, дотримуючись техніки виконання.

Глибина введення, см: 5-8 см у дітей до року; 8-10 см - ¬ від 1 до 3 років; 10-15 см ¬ - від 3 до 7 років; 20-30 см - старшим дітям.

Витягти трубку через 30-60 хв. Після процедури показаний гігієнічний догляд.

Підготовка до процедури

• Пояснити дитині / мамі мету і хід проведення процедури, установити доброзичливі відношення

• Вимити і осушити руки

• Одягти фартух і рукавички

• Підготувати необхідне оснащення

• Зробити на газовідвідній трубці мітку глибини введення.

 Примітка: для дітей раннього і дошкільного віку використовують газовідвідну трубку довжиною 15 - 30 см, для школярів - 30 -50 см.

• постелити в ліжечку клейонку, пелюшку, підгузник

• Викласти ще 2 пелюшки (в одну вкладається кінець газовідвідної трубки, інший підсушується дитина після підмивання)

• Змастити вводиться кінець газовідвідної трубки вазеліновим маслом методом поливу

• розповити (роздягнути) дитини, залишивши сорочечки

Виконання процедури

• Укласти дитину в ліжечко на лівий бік з приведеними до животу ногами.

 Примітка: дитину до 6 місяців можна укласти на спину і припідняти ноги вгору

• Розсунути сідниці дитини 1 і 2 пальцями лівої руки і зафіксувати дитину в даному положенні

• перетиснути вільний кінець газовідвідної трубки, обережно, без зусиль ввести її правою рукою обертально-поступальними рухами в анальний отвір до мітки, направляючи її спочатку до пупка, а потім, подолавши сфінктери, паралельно куприка

• Перевірити відходження газів, опустивши кінець газовідвідної трубки в лоток з водою

Примітка: при відходженні газів у воді з'являться бульбашки, якщо гази не відходять, змінити положення газовідвідної трубки, переміщаючи її назад або вперед.

• Покласти зовнішній кінець газовідвідної трубки в пелюшку

• Провести масаж живота по годинниковою стрілкою

• Прикрити дитини пелюшкою

• Засікти час

Примітка: газовідвідну трубку ставлять на 30-60 хвилин

Завершення процедури

• Видалити газовідвідну трубку з прямої кишки, пропустивши її через серветку і занурити в дезрозчин

• Обробити перианальну область ватною кулькою, змоченою вазеліновим маслом

• сповити (одягнути) дитину

• Зняти фартух, рукавички, помістити їх в дезрозчин

• Вимити і осушити руки

ДОГЛЯД ЗА ГАСТРОСТОМОЮ

Мета: забезпечити тривале перебування гастростоми в місці його встановлення.

ПРИГОТУВАТИ:

- Стерильні рукавички,

- Стерильний лоток для стерильних ватних кульок і серветок,

- Лоток для використаного матеріалу,

- Пасту Лассара,

- Маску,

- Лейкопластир чи клеол, стерильний бинт,

- Ємність із стерильним пінцетом,

- Ємності з дез. розчином для використаного матеріалу.

 ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

1. Повідомте пацієнтові про маніпуляції, час і місце її проведення.

2. Розкажіть про його поведінку під час маніпуляції.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Вимийте руки за інструкцією, висушіть їх, надягніть маску, рукавички.

2. Акуратно зніміть стару пов'язку і покладіть в лоток для використаного матеріалу з дез. розчином.

3. Ватяними кульками, змоченими в спирті, обробіть шкіру навколо гастростоми і накладіть пасту Лассара.

4. Поверх пасти навколо гастростоми накладіть серветки методом "Штанців".

5. Зафіксуйте трубку (гастростому) смужкою лейкопластиру або марлевою серветкою.

6. Весь використаний матеріал і інструментарій замочіть у 3% розчині хлораміну не менше, ніж на 60 хвилин.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ:

Стару пов'язку також необхідно замочити в 3% розчині хлораміну. В окремих випадках для запобігання випадання гастростомічної трубки остання фіксується бинтом (навколо тулуба пацієнта, зав'язувати вузол на боці, а не під пацієнтом).

КЛІЗМИ

Постановка різного виду клізм.

Клізми це введення рідин у нижній відділ товстої кишки, призначаються для видалення вмісту товстої кишки (очисні, сифонні клізми) і введення в кишечник лікарських речовин, що мають місцеву або резорбтивную дію (лікарські мікроклізми), а також для виведення газів.

Очисні клізми (загальні рекомендації)

Показані при запорі, отруєннях, перед лікарською мікроклізмою і введенням газовідвідної трубки, підготовці до оперативних втручань, ендоскопічного дослідження (ректоскопії, колонофіброскопії), рентгенологічного дослідження шлунка, кишечника, нирок, для виконання ультразвукового дослідження органів черевної порожнини. У разі ентеробіозу рекомендують очисні содові клізми на ніч (1 / 2 чайної ложки питної соди, розчиненої в 1 склянці води).

Мета: домогтися відходження калових мас, газів.

Оснащення:

- Гумові рукавички і фартух;

- Клейонка, пелюшка;

- Рушник;

- Гумовий балончик (№ 1-6) з наконечником;

- Ємність з водою кімнатної температури (24-30 ° С);

- Вазелінове масло;

- Лоток для відпрацьованого матеріалу;

- Горщик.

Клізми протипоказані

При гострих запальних і виразкових процесах товстої кишки, тріщинах і пухлинах в області заднього проходу і прямої кишки, недостатності анального сфінктера, випаданні прямої кишки, кишковій кровотечі, перитоніті і апендициті, у післяопераційному періоді при операціях на органах черевної порожнини, гострій недостатності кровообігу. При хронічних запорах не рекомендується зловживати очисними клізмами, тому що до них виникає звикання.

Глибина введення - 3-5 см Рідина для проведення - ізотонічний розчин натрію хлориду, кип'ячена вода. Для посилення дії додають 1 чайну ложку гліцеріну на 1 склянку води

Температура розчину 26-30 ° С - у дітей до року, у старших дітей -24°С. Кількість розчину в мл, розрахунок за С.М. Ровінь: 25-30 мл дітям до З місяців; 10 мл на I місяць життя-до 2 років, 240 мл + 20-30 мл на 1 рік життя - після 2 років

Ефект через декілька хвилин. Після процедури показаний масаж живота, гігієнічний догляд.

Підготовка до процедури

• Пояснити мамі мету і хід проведення процедури, отримати згоду

• Підготувати необхідне оснащення

• Постелити клейонку, накрити її пелюшкою

• Викласти рушник для витирання дитини після проведення процедури

• Вимити і осушити руки, надіти фартух, рукавички

• Взяти гумовий балончик в праву руку і випустити з нього повітря

• Набрати в балончик воду температурою 24-30 ° С

Примітка: необхідна кількість води:

а) новонародженому - 25-30 мл;

б) немовляті - 50-150 мл;

в) 1-3 років - 150-250 мл

• Змастити наконечник вазеліновим маслом методом поливу

Виконання процедури

• Укласти дитину на лівий бік, ноги зігнути в колінних і тазостегнових суглобах і притиснути до живота

Примітка: дитину до 6 місяців можна укласти на спину і при підняти ноги вгору

• Розсунути сідниці дитини 1 і 2 пальцями лівої руки і зафіксувати дитину в даному положенні

• Розташувавши гумовий балончик наконечником вгору, натиснути на нього знизу великим пальцем правої руки

• Не розтискаючи балончик, ввести наконечник обережно, без зусиль в анальний отвір і просунути його в пряму кишку, спрямовуючи його спочатку до пупка, а потім паралельно куприку.

• Повільно натискаючи на балончик знизу, ввести воду і, не розтискаючи його, витягнути наконечник з прямої кишки (балончик помістити в лоток для відпрацьованого матеріалу)

• Лівою рукою стиснути сідниці дитини на 3-5 хвилин

• Укласти дитину на спину, прикрити промежину пелюшкою (до появи стільця або позивів на дефекацію)

Завершення процедури

• підмити дитини після акту дефекаціі, підсушити рушником промокальними рухами

• Одягнути

• Зняти фартух, рукавички, помістити в дезрозчин

• Вимити і осушити руки

Техніка постановки очисної клізми у дітей старшого віку

Матеріальне забезпечення. Підготуйте кухоль Есмарха (грілку) з приєднаною гумовою трубкою довжиною 1,5 м з краном і наконечником, клейонку, судно, вазелін, 0,5-2 л води нагрітої до температури 24-30° С, штатив, гумові рукавички, лоток, серветки, пелюшку, фартух, маску.

Хід виконання:

1. Психологічно підготуйте пацієнта до виконання маніпуляції.

2. Налийте в кухоль Есмарха 1,5 л води і підвісьте його на штативі на висоті 1,5 м.

3. Відкрийте кран на гумовій трубці і заповніть її водою. Закрийте кран.

4. Одягніть гумові рукавички, маску і фартух.

5. Положіть пацієнта на край кушетки на лівий бік та попросіть зігнути ноги в колінах і підтягнути до живота.

6. Підкладіть клейонку з пелюшкою під сідниці так, щоб вона звисала в таз, який знаходиться біля кушетки.

7. Змастіть наконечник клізми вазеліном.

8. Розведіть двома пальцями руки сідниці та обережно введіть наконечник у анальний отвір легкими обертальними рухами. Введіть спочатку наконечнику напрямку до пупка на глибину 4 см, а потім паралельно до куприка на глибину 10-12 см.

9. Відкрийте кран і повільно вводьте воду.

10. При зупинці рідини трохи змініть положення трубки або підтягніть її.

11. Уменшіть тиск води, якщо пацієнта турбує біль.

12. Залишіть трохи води на дні кухля, щоб у кишку не потрапило повітря, і закрийте кран.

13. Обережно виведіть наконечник з прямої кишки, обгорнувши серветкою.

14. Попросіть пацієнта затримати дефекацію протягом 10 хв.

Техніка постановки очисної клізми у дітей раннього віку.

Матеріальне забезпечення:прокип’ячена груша з м’яким (для дітей до 1 року) чи твердим (від 1 до 3-х років) наконечником, клейонка, вазелінове масло, вата, посудина з водою, пелюшка. Кількість рідини, необхідної для очисної клізми, залежить від віку дитини: 1-3 місяці – 60 мл, з 3-х місяців до 1 року – від 90 до 150 мл, 1-2 роки – 200 - 250 мл.

 Хід виконання:

1. Вимити руки з милом, висушити.

2. Покласти дитину на спину на клейонку або пелюшку, ніжки дитини підняти вгору.

3. Набрати в грушу кип’ячену воду (24-30° С), попередньо витиснувши з неї повітря.

4. Змастити наконечник вазеліновим маслом.

5. Розвести лівою рукою сідниці.

6. Правою рукою взяти гумову грушу та ввести обережно наконечник у задній прохід на 3-4 см.

7. Повільно стиснути грушу і ввести рідину.

8. Після введення рідини лівою рукою стиснути сідниці дитини, правою вивести наконечник.

9. Після 5-10 хв затримки рідини дитину висаджують на горщик.

Сифонна клізма.

Мета: очисна, перед оперативним втручанням, чи дослідженням черевної порожнини.

ПРИГОТУЙТЕ:

- Гумовий зонд, гумову трубку;

- Скляний перехідник;

- Прозору воронку ємністю 1 л;

- Стерильний лоток для вищевказаного набору;

- Глечик ємністю 1 л;

- Клейончастий фартух;

- Пелюшку, клейонку;

- Ємність з водою на 8-10 л, t ° 18-20'C;

- Ємність для промивних вод;

- Штатив з ємністю для відправлення в лабораторію;

- Направлення в лабораторію;

- Ємності з дез. розчином.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

- Психологічна;

- Виправте мета клізми;

- Поясніть пацієнтові, як йому поводитися під час маніпуляції;

- Виміряйте АТ і підрахуйте пульс.

ПОРЯДОК ДІЙ палатної медсестри:

1. Доставте пацієнта в клізмову (якщо дозволяє його стан).

2. Укладіть пацієнта на кушетку, попередньо постеливши клейонку з пелюшкою.

3. Положення пацієнта - на лівому боці.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Вимийте руки з милом, надіньте фартух, маску, рукавички.

2. Змастіть сліпий кінець зонда вазеліном, а також анальний отвір (особливо обережно необхідно проводити маніпуляцію при гемороїдальних вузлах).

3. Лівою рукою відведіть праву сідницю вгору і дуже акуратно введіть гумовий зонд у напрямку "прямо" – 4-6 см, потім 3-6 см "до пупка", потім вгору вздовж хребта на відстань від 10-20 см (залежить від зросту, віку дитини і анатомічних особливостей кишечнику).

4. Опис подальшої техніки маніпуляції в розділі "Промивання шлунка"за допомогою лійки

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ: Критерієм правильності проведення сифонної клізми (так само, як і при промиванні шлунку) служить кількість отриманих промивних вод, вона повинно бути більше введеного об'єму.

Поживні клізми

Мета: ентеральне введення лікарських засобів.

Показання визначає лікар. Завжди проводяться після очисної клізми.

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Кухоль Есмарха з крапельною системою.

2. Ущільнений мішечок для кухля Есмарха.

3. Стійку для кухля Есмарха.

4. Грілки.

5. Розчини для введення.

6. Клейонку з пелюшкою або вологостійку пелюшку.

7. Наконечник.

8. Рукавички.

9. Маску.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

1. Повідомте пацієнту про необхідність проведення маніпуляції і її час (краще на ніч).

2. Проведіть очисну клізму.

3. Переконайтеся в її ефективності.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Зберіть систему, надягніть наконечник.

2. Вимийте руки з милом.

3. Положіть на ліжко пацієнта клейонку з пелюшкою.

4. Надіньте рукавички.

5. У кухоль Есмарха залийте необхідний розчин, t ° - 40 ° С з урахуванням тепловіддачі.

6. Відкрийте вентиль і заповніть крапельницю.

7. З наконечника повинна піти безперервна струмінь розчину.

8. Закрийте вентиль або накладіть зажим.

9. Змастіть кінець вазеліном.

10. Допоможіть пацієнтові лягти на лівий бік, витягнути ліву ногу, а праву зігнути в колінному суглобі і впертися коліном в ліжко.

11. Чотирма пальцями лівої руки підніміть праву сідницю, а правою рукою введіть наконечник у пряму кишку на 8-10 см (залежить від віку).

12. Відкрийте вентиль і відрегулюйте кількість крапель за хвилину.

13. Зімкніть сідниці, переконайтеся, що пацієнтові зручно лежати і він може заснути в даному положенні.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ:

У нижньому відділі товстого кишечника всмоктуються тільки:

- Вода;

- Глюкоза;

- Спирт;

- Ізотонічний розчин хлориду натрію.

Перевагою краплинного введення коштів у пряму кишку є:

- Краплі розчинів, що надходять в пряму кишку, постійно всмоктуються і не розтягують її, не підвищують внутрішньочеревного тиску;

- Не викликають хворобливих відчуттів і роздратування слизової оболонки.

Частота крапель на хвилину не повинна перевищувати 60-80. Щоб температура вводяться розчинів була постійною (38 градусів), необхідно кухоль Есмарха у міру охолодження обкласти грілками.

Крапельна клізма застосовується при великій втраті рідини, при цьому вводять до 3-х літрів рідини за добу у старших дітей і дорослих.

Поживні клізми можуть бути одним з видів штучного харчування і тільки додатковим методом введення поживних речовин.

Зазвичай обсяг поживної клізми не перевищує 250 мл. Проводять поживну клізму не частіше 1-2 разів на добу, щоб не викликати роздратування прямої кишки. Рідина вводять повільно!

Послаблюючі клізми

Застосовують:

- при стійких закрепах;

- при парезі кишечника, коли введення великої кількості рідини неефективно чи шкідливо.

До послаблюючих клізм відносять:

- Масляні;

- Гіпертонічні:

- Емульсійні.

МАСЛЯНІ КЛІЗМИ.

Показання:

- Наявність у нижньому відділі товстої кишки запальних і виразкових процесів;

- Для розм'якшення затверділих калових мас, що скупчилися в прямій кишці.

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Рослинна олія (льняна, соняшникова та ін) - 200 мл (зазвичай - 50-100 мл,

t ° - 40 ° С з урахуванням тепловіддачі).

2. Грушоподібний балон або шприц Жане.

3. Гумовий наконечник або газовідвідну трубку.

4. Рукавички.

5. Клейонку з пелюшкою.

6. Водний термометр.

7. Гарячу воду (Т - 65 ° С).

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

- Попередьте про призначення маніпуляції;

- Поясніть, як йому поводитися під час маніпуляції;

- Попередьте пацієнта, що ефект може настати через 12 годин.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Вимийте руки, надіньте рукавички.

2. Опустіть в гарячу воду ємність з масляним розчином, до Т 40'С.

3. Грушоподібний балон скрутіть навпіл або в 4 рази (можна використовувати шприц Жане).

4. Наберіть масляний розчин, видаліть з нього залишки повітря і з'єднайте з наконечником.

5. Змастіть кінець і анальний отвір вазеліном і введіть наконечник у пряму кишку, попередньо розвівши сідниці.

6. Тримайте балон (шприц Жане) перпендикулярно кушетці, введіть масло повільно.

7. Поверніть грушоподібний балон у 4 рази і в такому положенні від'єднайте від наконечника.

8. Притримаєте наконечник лівою рукою, а правою - здавить наконечник в напрямку "зверху вниз", видавлюючи залишки олії в кишку.

9. Через серветку акуратно виведіть наконечник з прямої кишки, зімкніть щільно сідниці.

10. Поцікавтеся у пацієнта його самопочуттям і поясніть, що після маніпуляції він повинен лежати не менше 30 хвилин, якщо це можливо - на животі.

11. Обробіть використаний матеріал у 3% розчині хлораміну і замочіть не менше, ніж на 60 хвилин.

12. Обробіть рукавички, зніміть і замочіть у 3% розчині хлораміну не менше, ніж на 60 хвилин.

Гіпертонічні клізми.

Мета: - лікувальна, очисна.

Показання визначає лікар. Протипоказання визначає лікар.

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Рукавички.

2. Клейонку з пелюшкою.

3. Гіпертонічні розчини:

- 50-100 мл 10% розчину хлориду натрію,

- 25% розчин сульфату магнію.

4. Грушоподібний балон або шприц Жане.

5. Гумовий наконечник або газовідвідну трубку.

6. Вазелін.

7. Ємності з дез. розчинами.

Гіпертонічні клізми вводячи таким же способом як і масляні!

Після маніпуляції ефект звичайно спостерігається через 20-30 хвилин.

Емульсійні клізми.

Застосовують важко хворим. У пряму кишку вводиться емульсійна суміш, куди входять:

- 2 склянки настою ромашки;

- збитий жовток одного яйця;

-1 чайна ложка гідрокарбонату натрію;

- 2 столових ложки вазелінової олії або гліцерину.

Емульсійні клізми вводять таким же способом, як і масляні!

Ефект зазвичай наступає через 20-30 хвилин (повне опорожнення кишечнику).

Лікарські клізми.

Застосовують в основному для введення в пряму кишку ліків місцевої дії. Лікарські клізми в обсязі 50-100 мл проводять так само, як і послаблюючі, але температура розчину, що вводиться повинна бути 40-42 "С, тому що більш низька температура сприяє позивам на дефекацію.

Лікарський засіб вводиться малими порціями і під невеликим тиском. Щоб уникнути подразнення кишечника ліки треба вводити у теплому фізіологічному розчині хлориду натрію або з обволікаючою речовиною (відвар крохмалю).

Найчастіше в клізмах застосовують:

- Знеболюючі;

- Заспокійливі;

- Снодійні засоби. Спосіб введення як і попередні.

ПАМ'ЯТАЙТЕ!

Весь матеріал і інструмент, який використовується при проведенні клізм, промивається в хлораміні, а потім замочується в ньому не менш, ніж на 60 хвилин.

Перш, ніж ввести в пряму кишку газовідвідну трубку, наконечник клізми, уважно огляньте область прямої кишки (наявність тріщин, геморою та ін.)

Закрепи - затримка калу в кишечнику більше 48 годин. Медсестра зобов'язана знати відміну спастичного запору від атонічного.

При спастичному замку кал виділяється окремими невеликими твердими шматочками ("овечий кал").

При атонічному запорі калові маси мають ковбасоподібну форму, але стілець буває раз на 2-4 дні.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Засоби, що містять срібло, не підігрівати!

Організація роботи клізмової кімнати

Клізмова - приміщення для проведення різних видів клізм, що має кахельну підлогу, кахельні стіни (заввишки не менше 2 метрів), каналізацію.

ОСНАЩЕННЯ:

1. Прибиральний інвентар, призначений тільки для даного приміщення, з чітким маркуванням "клізмова";

- Швабра (без щетини);

- 3 оцинкованих відра (для вікон, стін, підлоги);

- Чисте ганчір'я, яке щодня повинно підлягати знезараженню:

а) для вікон;

б) для стін;

в) для підлоги;

г) для обробки кушетки;

- Дезінфікуючі засоби.

2. Спецодяг для медсестри:

- Халат;

- Фартух;

- Маска;

- Ковпак;

- Рукавички (стерильні).

3. Вішалки для халата пацієнта і для халата медсестри.

4. Шафа для зберігання стерильного матеріалу:

- Клізмових наконечників;

- Газовідвідних трубок;

- Грушовидних гумових балонів;

- Гумових трубок для проведення сифонної клізми;

- Лійок;

- Біксів зі стерильним матеріалом (серветки, пелюшки).

5. Шафа для нестерильного матеріалу:

- Кухлів Есмарха (гумових, пластмасових, скляних, емальованих);

- Ємностей для набору води;

- Ємностей для чистої води і для промивних вод;

- Флаконів з лікарськими засобами.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Після кожного пацієнта медсестра зобов'язані проводити дез. обробку робочого місця і унітазу.

Клізми виконують палатні медичні сестри, їм необхідно вміти правильно спілкуватися з пацієнтами, налаштувати їх на виконання дуже непростої маніпуляції.

Поточне прибирання приміщення проводиться щоденно, не рідше 2 разів на день.

Генеральне прибирання проводиться 1 раз на тиждень з дотриманням всіх правил санітарно-епідеміологічного режиму.

Взяття матеріалу із шлунково – кишкового тракту

Порожнина рота.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

• Візьміть пробірку з тампоном у ліву руку.

• Запропонуйте пацієнту широко відкрити рот, злегка закинувши

• голову.

 Дотримуючись всіх правил асептики, правою рукою вийміть тампон і проведіть їм по:

- Слизовій оболонці щоки,

- Ясен.

- Мови,

- Отворам слинних залоз,

- Нальотам,

- дну виразок.

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

Стравохід і шлунок.

Найчастіше взяття матеріалу проводиться за допомогою езофагоскопія або гастроскопії.

Блювотні маси треба ОБОВ'ЯЗКОВО дослідити, навіть якщо вони зібрані в нестерильних 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:

1. Стерильний емальований посуд або добре продезінфіковане судно.

2. Стерильну пробірку з петлею, можна використовувати пластмасову, дерев'яну паличку або шпатель.

3. Штатив для пробірок або іншого посуду.

4. Стерильні маску, рукавички.

5. Окуляри.

6. Додатковий халат, можна фартух.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

Після дефекації пацієнта на стерильний посуд відпустіть його і стерильним інструментом (петлею, шпателем, пластмасовою, 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 посилати на бактеріологічне дослідження кал з кров’янистими включеннями у випорожненнях, так як кров володіє вираженою бактерицидною дією, бактерії в ній загинуть.

Якщо відсутня самостійна дефекація, то:

 Пацієнта укладають на лівий бік і просять зігнути ноги в колінах і 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 прямий).

 Петлю змочіть у консерванті і ОБЕРЕЖНО введіть у пряму кишку на 8-10 см, обертаючи її навколо осі, потім обережно виведіть з кишки таким же способом. Введіть петлю в пробірку, дотримуючись правил асептики!

 ВЕСЬ використаний матеріал підлягає знезараженню. У тих випадках, коли матеріал НЕМОЖЛИВО переслати 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 смужку фільтрувального паперу (2х2 см), які ПІСЛЯ ВИСУШУВАННЯ НА ПОВІТРІ слід 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 ємність і шпатель для збору калу;

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

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Чисту, суху скляну ємність.

2. Дерев'яний шпатель, сірники.

3. Направлення в лабораторію, клей.

4. Ємності з дез. розчином.

5.Рукавички.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Надіньте рукавички.

2. Свіжий кал (відразу після дефекації - опорожнення), бажано в теплому вигляді, шпателем помістіть у ємність (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, мікроскопічні, 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 може бути новонародженого - 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 в залежності 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 кишечника кал може бути стрічкоподібним або у вигляді щільних кульок (овечий кал).

ЗАПАХ калу залежить від складу їжі і 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 з 3-х різних місць (з поверхні) і помістіть, не торкаючись країв ємності, всередину, спаліть шпатель.

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

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

ЗБІР КАЛУ НА ВИЗНАЧЕННЯ ДИЗЕНТЕРІЇ

Мета діагностична. Показання та протипоказання визначає лікар.

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Спеціальну пробірку з англійської сумішшю (гліцерин, нашатирний спирт), всередині якої знаходиться ректальна трубку (скляна або пластмасова).

2. Клейонку з пелюшкою.

3.Рукавички.

4. Направлення в лабораторію, клей.

5. Штатив для пробірок.

6. Ємності 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 в неї трубку.

Наступні 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.

- Протягом 3-4 днів пацієнт НЕ ПОВИНЕН чистити зуби зубною щіткою.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ: див. вище.

ПОЗНАЙОМТЕСЯ З ТЕРМІНАМИ

Метеоризм - здуття кишечника за рахунок скупчення в ньому великої кількості газів.

Закреп - відсутність стільця більше 48 годин внаслідок уповільнення випорожнення кишечника.

Діарея - рідкий стілець (пронос), виникає при посиленні перистальтики кишечника і підвищенні секреторної функції кишечника.

Дефекація - спорожнення дистальних відділів кишечника (товстого). У нормі - один раз на добу. Умовно-рефлекторний акт не залежить від волі людини.

Дисфагія - розлад акту ковтання, викликаний органічною або функціональною перешкодою на шляху просування харчової грудки по стравоходу.

Відрижка - вихід із шлунка газів через стравохід і ротову порожнину з характерним звуком.

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 (всі бобові);

г) свіже молоко, вуглеводи;

д) свіжі овочі і фрукти та ін;

- Попередити про припинення прийому їжі за 12 годин до обстеження (при деяких дослідженнях бажано навіть не пити, тому важкохворим 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 невигідно, тому що обстеження доведеться повторити - у зв'язку з тим, що у пацієнтів, особливо з порушенням моторної та евакуаційної функцій , спостерігається тривала затримка прийнятої їжі.

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

Пацієнту дозволяється прийом:

- Яєць;

- Вершків;

- Ікри;

- Сира;

- М'яса і риби без приправ;

- Чаю, кави без цукру;

- Каші на воді та ін

ПАМ'ЯТАЙТЕ: повне голодування небажано, так як сприяє газоутворенню.

Рентгенологічне дослідження шлунку і 12-палої кишки

Дане дослідження проводиться суворо натщесерце. Призначення очисної клізми не обов'язково, 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 суворо натщесерце, час і місце проведення дослідження;

- У процесі дослідження пацієнт не повинен ковтати слину;

- Після дослідження не повинен приймати їжу протягом 30-40 хвилин, так як перед дослідженням проводиться знеболення місцевим анестетиком.

ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ З УРАЖЕННЯМ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Катетеризація сечового міхура

 ПРОНИКНЕННЯ в порожнину сечового міхура З МЕТОЮ:

- Лікувальною,

- Діагностичною,

- Випорожнення за допомогою катетера. В даний час частіше застосовуються катетери Фалєя, зі спеціального матеріалу, який дає можливість тримати його в порожнині сечового міхура до 7 днів і проводити необхідні маніпуляції. Маніпуляція може проводитися як в умовах стаціонару, так і в домашніх умовах, а також в поліклініці.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

1. Психологічна.

2. Повідомте місце і час проведення маніпуляції.

3. У доступній формі поясніть пацієнту мету і послідовність маніпуляції та його поведінку.

4. Максимально заспокойте пацієнта, повідомте йому про високий професіоналізм того мед. працівника, який буде проводити маніпуляцію.

ПРИГОТУЙТЕ (для виведення сечі з сечового міхура):

1 Судно, клейонку, пелюшку (вологонепроникну пелюшку).

2. Все для ретельного проведення туалету сечостатевих органів (див. вище).

3. Ємності з дез. розчином для замочування використаного матеріалу.

4. Флакон зі СТЕРИЛЬНИМ рідким вазеліном або гліцерином.

5. Бікси зі стерильним матеріалом.

6. Стерильні (краще одноразові) рукавички), 2 пари.

7. Стерильні лотки, пінцет (корнцанг). Стерильний катетер Фалєя.

 ДОДАТКОВО для промивання сечового міхура необхідні:

8. Шприц Жане.

9. Асептичні розчини (хлоргекседіна біглюконат, 0,02% гібітан, плівасепт, фурацилін, приготований безпосередньо перед вживанням, оскільки в ньому дуже швидко розмножуються мікроби).

 УВАГА!

 Катетери багаторазового використання можуть бути м'якими і металевими. Катетеризацію металевим катетером проводить ТІЛЬКИ ЛІКАР-УРОЛОГ

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Проведіть гігієнічну обробку рук, висушіть їх, обробіть серветкою, змоченою в спирті.

2. Проведіть ретельний туалет сечостатевих органів пацієнта, висушіть їх і обробіть одним з асептичних розчинів.

3. Змініть рукавички (попередньо їх вимивши) і покладіть у лоток для використаного матеріалу.

4. Відкрийте кришку флакона з стерильним вазеліном (гліцерином), але не знімати її з флакона.

5. Вимийте руки, висушіть, обробити спиртом, надягніть стерильні рукавички.

6. Надріжте стерильними ножицями крафт-пакет з катетером і обережно стерильним пінцетом викладіть його на стерильний лоток.

7. Рукавички обробіть марлевими серветками, змоченими в спирті, візьміть катетер за його середину, вільний кінець загорнутий петлею (щоб перша порція сечі не облила вас).

 ПАМ'ЯТАЙТЕ!

 Для катетеризації жінок кінець катетера, що вводиться повинен бути не більше 3-6 см, а для чоловіків 10-12 см - це середні розміри сечовипускального каналу (у дітей залежно від віку). Якщо є можливість використовувати помічника, то розкрити крафт-пакет або одноразову упаковку з катетером може він.

8. Відкрийте флакон зі стерильним вазеліном, злийте невеликою кількістю розчину, щоб обмити край флакона і, не торкаючись катетера, злийте стерильний розчин на нього (катетер тримайте, як тримають ручку для письма, між великим, вказівним і середнім пальцями, всередині долонної поверхні кисті).

9. У ліву руку візьміть стерильну марлеву серветку і розведіть малі статеві губи, розкрийте вхідний отвір сечовипускального каналу (у дівчаток).

9а. У ліву руку візьміть статевий член поблизу голівки і злегка стисніть. Відкриється вхідний отвір сечовипускального каналу (у хлопчиків).

10. Введіть кінець катетера в отвір сечовипускального каналу, просувайте його не кваплячись, поступальними рухами: у жінок на глибину 3-6 см, у чоловіків - на 10 і більше см (залежить від віку). При цьому у чоловіків - чим глибше просувається катетер по каналу, тим більше "підтягуйте" статевий член догори на катетер.

 ПАМ'ЯТАЙТЕ!

 При виникненні будь-яких труднощів попросіть дитину розслабитись, дайте відпочити. Якщо ж і ці заходи безуспішні, запросити лікаря.

11. При завершенні введення катетера зовнішній його кінець занурте в судно (не торкаючись його) і виведіть сечу; якщо використовувався звичайний м'який катетер, то для подальшого промивання сечового міхура катетер з'єднайте з конусом шприца Жане (з асептичним розчином) і введіть призначену лікарем кількість розчину (орієнтуйтеся на обсяг випущеної сечі!).

12. Промивання сечового міхура проводиться 5-7 і більше разів (визначає лікар).

13. Після закінчення промивання, від’єднайте шприц Жане від катетера і покладіть в лоток для використаного матеріалу.

14. Акуратно, дотримуючись правил виведіть катетер із сечовипускального каналу і покладіть в лоток для використаного матеріалу.

15. Промокніть стерильною серветкою отвір сечовипускального каналу і опустіть її в судно.

 УВАГА!

 Після введення асептичного розчину в сечовий міхур шприц Жане від'єднуйте від катетера, щоб розчин самостійно витікав із катетера в судно!

Якщо Ви використовуєте в роботі катетер Фалєя, то після введення його в порожнину сечового міхура введіть у його зовнішній отвір (з голкою або без неї - залежить від виду катетера) шприц ємністю 5-10 мл і подайте повітря у балончик, який розташований на початку катетера; він роздується і тим самим забезпечує фіксацію катетера в сечовому міхурі.

 За допомогою шприца, після закінчення маніпуляції, відсмокчіть повітря з балончика і за звичайною схемою виведіть катетер із сечового міхура.

 УВАГА!

 При виконанні даних маніпуляцій у жінок під час місячних необхідно тампонувати піхву. Медсестра може проводити це як в палаті, так і в маніпуляційній.

 Якщо це відбувалося в маніпуляційній, то після закінчення роботи медсестра весь використаний матеріал замочує в ємностях з дез. розчином, не менше, ніж на 60 хвилин. Якщо місце дії - палата, то медсестра доставляє весь матеріал у маніпуляційну і піддає дез. обробці.

 ЗАПАМ'ЯТАЄТЕ!

 Щоб маніпуляція пройшла в палаті успішно, обов’язково відокремте пацієнта ширмою. Максимально зручно розташуйте його (її) на судні. При виконанні туалету сечостатевих органів частину пелюшки на межі попереку і судна згорніть валиком, щоб вода не потрапляла на поперек. Після маніпуляції обов’язково перевірте простирадло і сорочку. Якщо вони мокрі, то необхідна зміна натільної білизни.

 НЕ ЗАБУДЬТЕ!

 Сеча стерильна! Слизова оболонка сечового міхура має слабку опірність до інфекції, тому маніпуляція повинна проводитися в умовах найсуворішої асептики.

 При проведенні катетеризації медпрацівник повинен знаходитись справа від урологічного крісла.

 В даний час ця маніпуляція застосовується при крайній необхідності, так як для взяття сечі на бактеріологічне дослідження стерильний катетер, введений в сечовипускальний канал, захоплює за собою мікроорганізми з дистальних (тобто, розташованих далі від центру органу) відділів, і вони потрапляють у міхурну сечу, як при природному сечовипусканні. Катетером сечу беруть тільки тоді, коли він введений для дослідження функції кожної нирки окремо або з інших причин.

Догляд за цистостомою.

 Маніпуляцію виконує спеціально підготовлена медсестра.

 ПРИГОТУЙТЕ:

1. Ємності з дез. розчинами (для замочування використаного

матеріалу).

2. Стерильні рукавички, лотки, матеріал.

3. Асептичні розчини.

4. При необхідності новий стерильний катетер, так як можлива закупорка катетера сечовими солями, псування гуми та і ін

 ПАМ'ЯТАЙТЕ! Цистостома може бути постійною та тимчасовою. У першому випадку сечовипускання відбувається через голівчастий гумовий катетер Пеццера. Зміну катетера проводить лікар не рідше 1 разу на місяць. Не рідше 2 разів на тиждень пацієнтові проводять промивання сечового міхура. Виникають труднощі у пацієнтів, що знаходяться в домашніх умовах. Тому їх, а також їхніх родичів необхідно навчити техніці збору сечі.

I варіант - пацієнт пересувається самостійно.

 Вдень - зовнішній кінець катетера Пеццера опускають в контейнер для збору сечі (він може бути гумовим, поліетиленовим, з нейлона), це резервуар з 2 отворами через верхнє сеча надходить в резервуар, а через нижнє виходить. Його підвішують під одягом на животі або на стегні. Вихід сечі з резервуара регулюється за допомогою вентиля.

 Вночі зовнішній кінець катетера опускають у контейнер, фіксований до ліжка.

 В даний час використовуються одноразові сечоприймачі, які після обов’язкового знезараження підлягають утилізації.

 ПАМ'ЯТАЙТЕ: Обов'язковий туалет сечостатевих органів! При подразненні шкіри необхідно обробляти її слабким розчином перманганату калію.

2 варіант - пацієнт не ходить.

 Зовнішній кінець катетера опускають у контейнер, фіксований до ліжка пацієнта.

Взяття матеріалу із сечової системи

 ЗАПАМ'ЯТАЄТЕ! Сеча здорових дітей стерильна! Забруднення її починається в дистальному відділенні 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 зазвичай затримується в сечовому міхурі кілька годин, що сприяє збільшенню в ній кількості мікроорганізмів.

Сечу до дослідження не зберігати більше години. При зберіганні в холодильнику вона придатна для дослідження протягом доби, не більше, так як в ній йде процес безперервного збільшення мікроорганізмів, що може повністю спотворили результати кількісного дослідження.

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

Про бактеріурію говорять в 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. ПРОТИПОКАЗАННЬ немає. ПРИГОТУЙТЕ:

1. Чисту суху ємність об'ємом 200-250 мл.

2. Рукавички.

3. Посуд для сечі.

4. Воронку.

5. Ємність з дезрозчином.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

- Психологічна;

- Технічна підготовка пацієнта до збору даного 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 порцію - в посуд для сечі; у чоловіків 1-а і остання порції зливаються в унітаз, а середня порція - в посуд.

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

3. Ставить ємність з сечею у санітарну кімнату.

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

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

6. Воронку, посуд 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 скасовують сечогінні препарати (якщо він їх приймає).

 В нормі сечі соломино – жовтого забарвлення , прозора, не повинно бути домішок. Допускається 1 – 3 лейкоцита в полі зору для хлопчиків, для дівчаток до 5, еритроцитів 1 -2 в полі зору, білок до 0,033 г/л, не повинно бути солей та бактерій.

ЗБІР СЕЧІ ДОБОВОЇ НА ЦУКОР

 Мета: діагностична. Показання визначає лікар. Протипоказання визначає лікар.

ПРИГОТУЙТЕ:

- Чисту суху ємність (від 3 до 10 літрів);

- Чисту суху ємність об'ємом 300 мл;

- Скляну паличку;

- Напрям в лабораторію;

- Лист обліку діурезу;

- Сечоприймач;

- Лійку;

- Годинник;

- Рукавички;

- Ємність з дез. розчином.

 ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

1. Психологічна.

2. Повідомте про призначене дослідженні.

3. 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 ємність.

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

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

6. Загальну ємність, скляну паличку, воронку поміщає в дезінфікуючий 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:

- В нормі цукор в сечі відсутній;

- Режим харчування залишається звичайним;

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

- Ємність з добовим кількістю сечі зберігається в прохолодному місці і прикривається кришкою.

Збір сечі для дослідження глюкозурічного профілю.

 Мета: діагностична. Показання визначає лікар. Протипоказань немає. ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

1. Психологічна.

2. Напередодні медсестра зобов'язана повідомити пацієнта про призначене дослідження.

3. Принести пацієнтові 3 ємності.

4. 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 ємності:

- 1-а порція - з 8.00 до 14.00;

- 2-а порція - з 14.00 до 20.00;

- 3-я порція - з 20.00 до 8.00.

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

5. Медсестра оформляє направлення у лабораторію, де крім загальних даних вказує кількість сечі кожній порції.

6. Діурезницю, воронку поміщає в дез. розчин (в рукавичках).

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ.

 Пацієнт повинен перебувати на звичайному режимі харчування. У залежності від частоти сечовипускання пацієнт мочиться в кожну посудину один або кілька разів, але тільки протягом 6 годин. Ємності 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 техніки його виконання:

збирається ранкова або при необхідності будь-яка порція сечі.

 ПРИГОТУЙТЕ:

- Діурезницю;

- Лійку;

- Ємність для сечі;

- Рукавички;

- Скляну паличку;

- Направлення в лабораторію.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ.

 Пацієнт збирає в діурезницю тільки середню порцію сечі, переливає в ємність, далі див. вище п.п.5-6.

ВИМІР ВОДНОГО БАЛАНСУ

 Мета: визначити виділення сечі в одиницю часу з урахуванням введеної та випитої рідини.

Показання: за призначенням лікаря. Протипоказань немає.

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Діурезницю.

2. Воронку. '

3. Ємність до 3 л.

4. Направлення.

5. Лист обліку діурезу і введеної рідини.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

1. Психологічна.

2. 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 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 годині ранку наступного дня.

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

8. Запишіть отримані результати в спеціальну графу температурного листа.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ.

 У нормі за добу дорослий пацієнт повинен виділяти 1,5-2 л сечі. Однак її кількість залежить від питного режиму, фізичного навантаження і т.і. У нормі людина за добу втрачає приблизно 80% прийнятої рідини.

При підрахунку кількості випитої рідини враховується обсяг:

(в мл) перших страв (75% рідини); других страв (50% рідини); випитої протягом 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 (при крайній необхідності після ретельного туалету сечостатевих органів піхва закривається тампоном і сечу беруть катетером).

ПРИГОТУЙТЕ:

1. Чисту суху ємність не менше 250 мл.

2. Діурезницю.

3. Лійку.

4. Направлення в лабораторію.

5. Дезінфікуючі розчини.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

1. Психологічна.

2. 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 ємність з кришкою, діурезницю і воронку.

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

3. Поясніть, що ємність з 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.

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

У нормі в 1 мл:

-- Лейкоцитів - до 4 х 103 (у дітей до 2)

- Еритроцитів - до 1 х 103

- Циліндрів - до 250 (гіалінових).

Збір і дослідження сечі за Каковським -Аддісом

 Мета: по Каковському-Аддісу - визначення формених елементів (лейкоцитів, еритроцитів), білка, циліндрів в 1мл.

Показання визначає лікар. Протипоказань немає.

ПРИГОТУЙТЕ:

- Чисту суху ємність 0,5-1 л;

- Рукавички;

- Лійку;

- Консервант (формальдегід).

 ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА:

1. Попередьте пацієнта про майбутню здачі сечі для аналізу.

2. Повідомте, що потрібно зібрати сечу протягом 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 ємність порціями. Туди ж додають консервант (формальдегід - 4-5 крапель).

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

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

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

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

3. Після ретельного туалету сечостатевих органів о 8 годині ранку мочиться в одну ємність.

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

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

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ. Ємність для сечі повинна бути чистою, сухою, бажано - не використаної раніше.

Консервант додають, щоб не руйнувалися еритроцити, лейкоцитів,. якщо пацієнт протягом даного часу змушений мочитися • ємність, м

У нормі в 1 мл:

- Лейкоцитів - до 4 х 106 (у дітей до 2)

- Еритроцитів - до 1 х 106

- Циліндрів - до 20000 (гіалінових).

Дослідження сечі по Амбурже

 Мета: за Амбурже- визначення екскреції формених елементів (лейкоцитів, еритроцитів), білка, циліндрів в 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:

1. Стерильний лоток.

2. Стерильний гліцерин.

3. Стерильний катетер Фаллея.

4. Стерильну пробірку.

5. Штатив.

6. Рукавички.

7. Маску.

8. Сечоприймач або судно.

9. Ємність з дез. розчином.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ:

1. Збір сечі проводиться протягом 3-х 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(6 годинну) 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 менш, ніж на годину.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ:

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

У нормі в за 1хвилину виділяється:

- Лейкоцитів - до 4 х 103 (у дітей до 2)

- Еритроцитів - до 1 х 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 залишитися незмінними.

2. Зібрати сечу необхідно за добу, протягом кожних 3 годин.

3. Лікар скасовує сечогінні за день до дослідження.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ ПАЦІЄНТА:

(Або медсестри, якщо пацієнт знаходиться на постільному режимі)

1. Дайте пацієнту 8 пронумерованих ємностей із зазначенням часу і 9-у - запасну. О 6 годині ранку пацієнт мочиться в унітаз.

2. Потім протягом кожних 3-х годин пацієнт мочиться у відповідні ємності до 6 годин ранку наступного дня, ранкова порція входить у дослідження.

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

- П.І.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, воронку, діурезницю, судно (сечоприймач) обробіть в дез., розчині, потім замочіть в 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 годині ранку напередодні, не досліджується, оскільки виділяється за рахунок попередньої доби.

 Якщо у пацієнта поліурія і йому не вистачає обсягу однієї ємкості, медсестра видає йому додаткову ємність, на якій вказується відповідний проміжок часу.

 Якщо у пацієнта в який - то інтервал часу сечі немає, ця ємкість 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.

Щільність сечі в нормі 1010-1025. Добовий діурез в 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 щільність сечі в кожній порції.

- Переливши з ємності сечу в мірний циліндр і опустивши в нього урометр так, щоб він дійшов до дна, а потім визначити, на якій рисці ділення знаходиться рівень сечі по нижньому меніску.

- Записати результат у направленні.

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

 Зниження щільності сечі нижче 1010 свідчить про зниження концентраційної функції нирок.

 Якщо для визначення щільності сечі недостатньо, то її щільність 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 щільність не менше 1007, найбільша щільність не більше 1027, а розбіжність між максимальними і мінімальними значеннями щільності не менше 7, або щільність 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 і 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 прийом рідини;

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

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

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

Медична сестра зобов'язана пам'ятати, що контрастні речовини вводяться у вену пацієнта в горизонтальне положення зі швидкістю 0,3 мл / сек.

Ретроградна урографія

(Дослідження нирок за допомогою контрастних речовин через ниркові шляхи)

Контрастна речовина вводиться через катетер, тому спеціальної підготовки пацієнта не потрібно.

 ПІДГОТОВКА до ультразвукового дослідження заключається у звільненні кишечника від газів. Це досягається шляхом додержання спеціальної дієти. В даний час клізми і прийоми карболена, церукала практично не використовуються.

ЗРАЗКИ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

Задача №1. Дівчинка 10-річного віку після вживання смажених грибів відчула себе дуже погано: з’явилась блювота, блідість шкірних покривів, запаморочення. Була викликана «швидка допомога» і дитині надана невідкладна допомога.

Завдання: перерахуйте дії медичного персоналу «швидкої допомоги».

Задача №2.

Нормативні дані лейкоцитів та еритроцитів в аналізі сечі за Нечипоренком у дітей складає відповідно:

А) <4000 і <1000 В) 4000 і 1000 С) <2000 і <1000 Д) <4000 і <500 Е) <2000 і <100

Задача №3.

Нормативні дані лейкоцитів та еритроцитів в аналізі сечі за Амбюрже у дітей складає відповідно:

А) <4000 і <1000 В) 4000 і 1000 С) <2000 і <1000 Д) <4000 і <500 Е) <2000 і <100

Відповіді на ситуаційні задачі:

Задача №1 1) провести промивання шлунка 0,5-1% розчином соди, перевареною водою через зонд (1 л на рік життя, але не більше 8-10л); слідкувати за кількістю введеної рідини і кількістю промивних вод (можлива різниця до 400 мл); 2) дати дитині випити 2-4 склянки теплої води і викликати блювання, натискуючи на корінь язика; 3) всередину дати сольове проносне (сульфат магнію в дозі 0,5 г/кг, попередньо розчинивши в 50-100 мл води), активоване вугілля (2-3 столові ложки з водою у вигляді кашки); 4) поставити очисну або сифонну клізму.

Задача №2:

Правильна відповідь С

Задача №3.

Правильна відповідь С

Рекомендована література:

Основна: Джерела інформації:

Основна література

 1 Методичні вказівки до практичних занять із курсу «Догляд за хворими» / укладачі: С. І. Бокова, Г. О. Сумцов. – Суми: Сумський державний університет, 2021. – 76 с.

 2 Methodological instructions practical lessons on the topic “Features of childcare at different ages: periods of development, assessment of the deneral condition and elements of neuropsyological development of the child” on the discipline “European experience of care for children of young age” (in accordance with the conditions of the Bologna process) [Електронний ресурс] : for students of specialty 222 “Medicine” of the full-time course of study / O. I. Smiian, V. A. Horbas. — Sumy : Sumy State

 3 Методичні вказівки до практичного заняття з теми "Періоди дитячого віку, їх характеристика та особливості. Збирання анамнезу. Клінічний огляд дитини. Критерії оцінювання загального стану дітей" із дисципліни "Європейський досвід догляду за дітьми раннього віку" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 222 "Медицина", 228 "Педіатрія" денної форми навчання / О. І. Сміян, П. І. Січненко. — Суми : СумДУ, 2022. — 40 с.

Допоміжна література

 1 Збірник тестових питань для самостійної роботи з дисципліни «Догляд за хворими» [Електронний ресурс]: для студ. спец. 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» денної форми навчання / С.І. Бокова. – Ел. видання каф. Сімейної медицини – Суми: СумДУ, 2020. – 33

 2 Methodical instructions for practical exercises in the discipline «Nursing» / compilers: G. A. Sumtsov, S. I. Bokova. – Sumy : Sumy State University, 2020. – 30 p.

 3 Попов С.В., Сміян О.І., Лобода А.М., Бокова С.І. та ін. Патент на корисну модель України №138951. Спосіб прогнозування розвитку некротизуючого ентероколіту у новонароджених. / заявник та власник патенту Сумський держ. університет; заявл. 04.06.19.

 4 Догляд за хворими (у педіатрії) / навч.посібник: В.А.Клименко, Г.С. Сивопляс-Романова, Ю.В.Карпушенко, О.С. Лупальцова – Харків, ХНМУ, 2017. – 80 с

 5 Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

6 Popov S.V, Loboda A.N., Smiyan O.I., Redko O.K., Bokova S.I., Moshchych O.P. et al. Peaculiarities of antibiotic-associated diarrhea development in children with acute respiratory infections». "Wiadomosci Lekarskie", 2019, ТОМ 72, Nr 1, 79-83.

 7 Методичні вказівки з дисципліни "Пропедевтика педіатрії" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 7.110101 "Лікувальна справа" денної форми навчання. Ч.3 : Вигодовування дітей / О. І. Сміян, В. А. Горбась, П. І. Січненко. — Суми : СумДУ, 2017. — 39 с.

 8 Методичні вказівки з дисципліни "Сестринська практика" до модуля "Основні обов'язки та професійні дії медичної сестри дитячого відділення" (згідно з умовами Болонського процесу) [Текст] : для студ. спец. 7.12010001 "Лікувальна справа", 7.12010003 "Медико-профілактична справа" денної форми навчання. Ч.1 / О. І. Сміян, П. І. Січненко, В. А. Горбась. — Суми : СумДУ, 2013. — 91 с.

 Інформаційні ресурси в Інтернеті

 1 https://elearning.sumdu.edu.ua/works/6868/nodes/1951586#anchor1951586

 2 https://elearning.sumdu.edu.ua/free\_content/lectured:64a8b599ceca42d88237ea690d858e23fb99b183/20211006053127//index.html