

**СИМУЛЯЦІЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК
ЩОДО ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ
В УМОВАХ ПЕДІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ**

***Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти 2-го курсу
(спеціальність «Медицина»)***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

СИМУЛЯЦІЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК
ЩОДО ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ
В УМОВАХ ПЕДІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти 2-го курсу
(спеціальність «Медицина»)

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 4 від 25.04.2024.

Харків
ХНМУ
2024

Симуляція практичних навичок щодо догляду за дітьми в умовах педіатричного стаціонару : метод. вказ. для здобувачів вищої освіти 2-го курсу (спеціальність «Медицина») / Т. В. Фролова, І. І. Терещенкова, Ю. В. Карпушенко та ін. Харків : ХНМУ, 2024. 84 с.

Упорядники Т. В. Фролова
 І. І. Терещенкова
 Ю. В. Карпушенко
 О. М. Ащеулов
 А. В. Сенаторова
 Н. С. Осман

Тема 1. Симуляція розпитування та огляду хворої дитини, їх роль в оцінці загального стану пацієнта

Актуальність теми. Важливість розпитування хворої дитини або її батьків важко переоцінити. Численними дослідженнями з'ясовано, що ретельно проведене опитування є запорукою до 80 % правильно встановленого діагнозу. Крім того, ретельний збір анамнезу дає можливість орієнтуватися в характері конкретної хвороби, індивідуальних її проявах, у розпізнаванні причин і початкових ознак захворювання, ролі спадкових, екологічних, побутових та інших чинників в її виникненні і перебігу. Від дотримання етико-деонтологічних принципів у взаєминах між медичними працівниками, а також між медичними працівниками й хворими дітьми і їхніми родичами значною мірою залежить успіх у лікуванні та реабілітації хворих дітей.

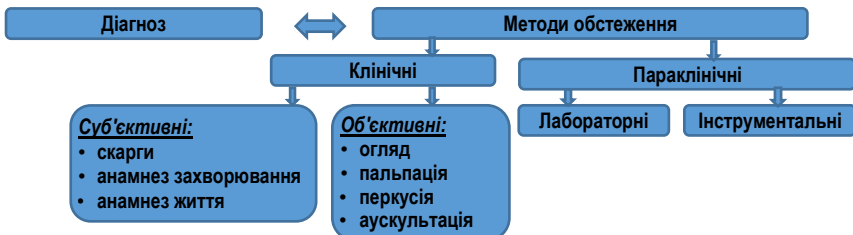
Вміти:

- демонструвати знання основних розділів історії хвороби;
- методично правильно проводити розпитування хворих дітей та їх батьків;
- аналізувати загальний стан пацієнта і стан його свідомості та робити висновок щодо їх відповідності нормі або певному ступеню порушення;
- класифікувати основні порушення свідомості – ступор, сопор, кому; засвоїти основні їх ознаки;
- визначати положення хворої дитини та робити висновок щодо його відповідності нормі або наявності порушення;
- заповнити титульний лист медичної карти стаціонарного хворого.

Теоретичні питання:

- деонтологічні особливості та правила проведення розпитування дитини;
- симуляція збору анамнезу у хворої дитини залежно від віку та узагальнення отриманих даних;
- симуляція оцінки загального стану дитини;
- ознайомлення з медичною документацією, яка заповнюється на основі розпитування хворої дитини;
- симуляція заповнення титульного листа медичної карти стаціонарного хворого.

Для встановлення діагнозу, оцінювання фізичного та нервово-психічного розвитку, функціонування органів та систем дитини використовують клінічні й параклінічні (лабораторні, рентгенологічні, інструментальні, ультразвукові та ін.) методи обстеження.



Як видно зі схеми, до клінічних методів відносяться суб'єктивні та об'єктивні.

До суб'єктивних належать опитування (збирання скарг) хворої дитини чи її батьків (*interrogatio aegroti*), анамнез захворювання (*anamnesis morbi*), з приводу якого звернулися дитина чи її батьки та анамнез життя дитини (*anamnesis vitae*).

Об'єктивними методами клінічного обстеження, володіти якими повинен кожен лікар незалежно від спеціальності, є огляд (*inspection aegroti*), пальпація (*palpatio*), перкусія (*percussio*) й аускультация (*auscultatio*).

Ці методи дослідження проводяться безпосередньо лікарем, за їх допомогою лікар має вирішити, які додаткові методи дослідження слід застосувати для підтвердження діагнозу, контролю за перебігом хвороби та проведенням лікування.

1.1. Деонтологічні особливості та правила проведення розпитування дитини

З розпитування починається знайомство лікаря з хворим. У процесі розпитування та лікування дітей медичним працівникам доводиться мати справу не лише з дітьми, а й з їхніми родичами, що іноді може ускладнювати деонтологічні завдання, проте завжди потрібно поводитися мудро і коректно.

Деякі рекомендації лікарю щодо збирання анамнезу в дітей



1. Налагодити якомога кращий контакт з дитиною та її батьками.
2. Завжди слід представитися перед початком діалогу.
3. Можна потиснути руку, якщо Вам здається, що дитина це цінує.
4. Не забувайте, що перше враження зазвичай залишається останнім.
5. Уважно слухайте мати дитини.
6. Майте гарний та охайний вигляд (Be a good looker!)

Збирання анамнезу та спілкування з дитиною допомагають встановити зв'язок із дитиною та її батьками, і є важливим етапом перед початком огляду.

Під час опитування лікарю потрібно:

- ставити відкриті та зрозумілі для пацієнта запитання;
- надати дитині достатньо часу, щоб відповісти на них, не перебиваючи;
- залежно від віку дитини або за наявності несприятливих або підозрілих обставин Ви можете запропонувати поговорити з дитиною без присутності батьків, якщо це відповідає інтересам дитини;
- працюючи з дітьми молодшого віку, збирати анамнез зі слів батьків або опікунів;
- дозволити дітям старшого віку брати участь у процесі надання інформації, якщо вони здатні її розуміти;

– якщо дитина розмовляє іншою мовою і потрібен перекладач, спілкуйтеся з дитиною за допомогою підтримувального невербального спілкування і знаків.

Особливості збирання анамнезу залежно від віку дитини

Діти до 1 року. Через те, що дитина ще не може говорити, анамнез збирають у матері. При розмовах з матір'ю щодо стану здоров'я дитини треба відповідати відверто, але не гіперболізувати негативні наслідки перебігу хвороби або лікування, і в будь-якому разі вселяти впевненість в одужанні дитини. Особливо це стосується матерів, які годують дитину груддю. Треба пам'ятати, що негативні емоції шкідливо впливають на процеси лактації, можуть призвести до її зниження і переводу малюка на годування заміниками грудного молока, що у більшості випадків ускладнює перебіг хвороби.

Діти раннього віку. У цьому віці дитина ще не здатна добре пояснювати свої думки, може щось придумати, а лікар своїми словами може легко вплинути на скарги. Тому в цьому випадку не можна ставити уточнювальних питань, треба просто запитувати: «Що тебе турбує?», «Щось болить?». В основному ведеться діалог з батьками. Обов'язково з'ясовується акушерський анамнез та розвиток дитини (адаптація, тривалість грудного вигодовування, перенесені захворювання та ін.).

Діти старшого віку іноді схильні до дисимуляції: можуть боятися ін'єкцій, фізіопроцедур, деяких методів обстеження, не розуміти небезпеку свого захворювання і через це нерозумно приховувати прояви патології, що вже виявлені при огляді. Тому педіатру потрібно бути дуже уважним при опитуванні хворого, ввійти в контакт з ним, добитися його довіри, не поспішати, іноді не обмежитись однією професійною бесідою з хворим.



Чого не слід робити при спілкуванні з дитиною та її батьками!

Не помиляйтеся із статтю дитини, зрозуміло, це засмучує батьків.

Не говоріть зневажливо перед дітьми.

Не варто неправильно оцінювати вік дитини.

Не називайте дитину «кумедною»

Не поведіться з дитиною грубо.

Не використовуйте медичний жаргон.

Не розмовляйте з дітьми мовою, яку вони не розуміють.

1.2. Симуляція збирання анамнезу у хворої дитини залежно від віку та узагальнення отриманих даних

Анамнез, або розпитування про обставини, що попереджали дане захворювання і супроводжували його, є дуже важливим моментом в загальному обстеженні дитини.

Анамнез збирають за традиційною схемою (паспортна частина, скарги, анамнез захворювання, анамнез життя, алергологічний анамнез, імунологічний анамнез, епідеміологічний анамнез, генеалогічний анамнез, матеріально-побутові умови), але з деякими нюансами.

З'ясувавши ім'я, прізвище і вік дитини, найкраще починати збирання анамнезу з розпитування матері, терпляче надаючи їй можливість вільно висловити все, що вона сама вважає за необхідне повідомити лікарю про хворобу своєї дитини.

Збирання анамнезу зазвичай починається з розуміння *причини* звернення, тобто *скарги*: «Що турбує Вашу дитину?» або, говорячи з дітьми старшого віку/без супроводу, «Що Вас турбує?». Як давно з'явилися скарги? За наявності декількох симптомів запитайте про порядок їх виникнення. Чи траплялося таке раніше? Чи має подібні симптоми хтось із домашніх?

У випадку немовлят і дітей молодшого віку уточнюють дані про годування (будь-які зміни в схемі, обсязі), активність дитини, набір або втрата маси тіла, сон-неспання, сечовипускання, дефекація.

Після завершення розповіді матері слід додатково розпитати її безпосередньо про дане захворювання (*анамнез захворювання*), уточнивши час захворювання, особливості його початку і подальшого перебігу, характер температурної кривої та основні хворобливі прояви з боку всіх систем органів (випорожнення, блювання, кашель, нежить, судоми, суб'єктивні скарги та ін.). Одночасно необхідно докладно з'ясувати, яке лікування було проведено раніше і його результати.

З'ясувавши анамнез захворювання, з приводу якого було звернення, лікар-педіатр розпочинає докладний збір *анамнезу життя* дитини. При цьому обов'язково з'ясується наступне:

- вік матері й акушерський анамнез: ускладнення вагітності (гестоз, загроза переривання вагітності, захворювання в період вагітності), особливості харчування вагітної, прийом добавок фолієвої кислоти/вітаміну D, кількість вагітностей;

- перебіг пологів у матері, проблеми під час пологів: дистрес плода, застосування щипців або сідничні пологи, кесарів розтин, госпіталізація до відділення реанімації новонароджених, контакти з хворими;

- термін вагітності, маса тіла при народженні, оцінка за шкалою Апгар, особливості раннього періоду адаптації новонародженої дитини до умов зовнішнього середовища;

- проблеми в неонатальному періоді: жовтяниця, інфекції, проблеми з вигодовуванням;

- становлення фізичного і нервово-психічного розвитку (вік, у якому були досягнуті ключові показники розвитку і поточні здібності);

- тривалість грудного вигодовування;

- перенесені захворювання, травми, госпіталізації;

- правильність проведення та наявність профілактичних щеплень і реакції на них;
- анамнез стосовно алергічних реакцій на харчові продукти чи лікарські засоби, наявність у дитини алергічних захворювань;
- поточний прийом дитиною будь-яких ліків;
- для дітей шкільного віку: наявність будь-яких специфічних проблем (академічних, фізіологічних чи соціальних (у спілкуванні з однолітками)).

Дуже важливо визначити **поведінковий анамнез**: дані щодо наявності поведінкових проблем, які викликають занепокоєння, відповідно до віку: агресія, ізоляція, самоушкодження, залежність від алкоголю і психоактивних речовин.

Сімейний анамнез: наявність у сім'ї таких захворювань, як епілепсія, цукровий діабет, гіпертонія, астма, туберкульоз, серпоподібноклітинна анемія, тяжка анемія або таласемія.

Соціальний анамнез: житлові умови, основний опікун, кількість братів і сестер, відвідування школи.

Якщо мати не може точно відповісти на поставлені питання, це слід зазначити в історії хвороби і якщо треба, звернутися до медичного закладу, де спостерігалися під час хвороби мати або дитина.

NB! Повноцінно зібраний анамнез сприяє своєчасному встановленню діагнозу і якісного лікування.

Отримані дані анамнезу аналізуються лікарем з метою формування попередніх діагностичних гіпотез (висновків)

План оцінки анамнестичних даних

1. Виділення основних скарг, які домінують в анамнезі.
2. Можливий зв'язок скарг між собою, тобто поєднання симптомів у синдроми.
3. Перелік систем і органів, задіяних в основному патологічному процесі.
4. Перелік систем і органів, задіяних у супутньому патологічному процесі.
5. Характер перебігу основного і супутніх захворювань (гострий – до 1 міс, затяжний – до 3–6 міс, хронічний – понад 3–6 міс).
6. Найбільш вірогідні причини, що викликали хворобу.

Об'єктивне обстеження дитини це наступний етап в постановці діагнозу і як правило воно починається з оцінки загального стану хворого.

1.3. Симуляція оцінки загального стану дитини

Об'єктивна оцінка *загального стану* хворої дитини має важливе значення в педіатричній практиці, тому що від неї залежать обсяг терапевтичних заходів, госпіталізація до стаціонару або відділення інтенсивної терапії та реанімації, організація індивідуального сестринського поста, а також прогноз захворювання.

NB! Як недооцінювання, так і переоцінювання тяжкості стану дитини буде впливати на подальший перебіг хвороби.

Загальний стан дитини – це широке поняття, яке включає сукупність показників, що характеризують функціональну здатність різних органів і систем організму (нервова, система дихання, серцево-судинна та ін.), стану свідомості та положення хворої дитини, вираження симптомів інтоксикації.

Загальний стан оцінює кожний лікар-педіатр, до якого звертається дитина в поліклініці, а також у стаціонарі. Причому загальний стан хворої дитини досить мінливий, тому оцінку проводять не тільки один раз на день, а й частіше в разі потреби.

Оцінка загального стану базується на результатах об'єктивного клінічного, а по можливості й лабораторного обстеження. Хоча потрібно також уточнити самопочуття хворої дитини, яке, незважаючи на його суб'єктивність, часто відповідає загальному об'єктивному стану. Однак не можна орієнтуватись тільки на самопочуття, оскільки воно нерідко неправдиво відображає стан дитини. Так, дуже часто дівчатка пубертатного віку мають численні скарги, пов'язані з вегетативними дисфункціями, але об'єктивний стан при цьому залишається задовільним. Навпаки, відомо багато випадків, коли скарги відсутні, але загальний стан при цьому може бути тяжкий. Перш за все, це стосується хронічних захворювань і хвороб із латентним перебігом.

Залежно від загального стану хворих розрізняють п'ять ступенів тяжкості:

- 1) задовільний;
- 2) середньої тяжкості;
- 3) тяжкий;
- 4) надзвичайно тяжкий;
- 5) термінальний (агональний).

Утім, чіткої межі між ними не існує, але їх орієнтовне визначення відіграє важливу роль в оцінці клінічного перебігу хвороби, ефективності лікування, прогнозі захворювання.

Здорова дитина завжди життєрадісна, рухлива, цікавиться навколишніми предметами і людьми, що її оточують.

Стан оцінюють як **задовільний**, коли в дитини спостерігаються помірно виражені прояви хвороби, невиразне погіршення самопочуття, помірна млявість, неспокій, тривога при збереженні активності.

Стан **середньої тяжкості** проявляється явним погіршенням самопочуття, виразними порушеннями функціональної діяльності різних органів і систем, значним зменшенням активності, несприятливою динамікою захворювання. Разом зі млявістю та апатією спостерігається сонливість.

Тяжкий стан маніфестується виразними проявами патологічного процесу, вимушеним або пасивним положенням хворого в ліжку, значним зниженням апетиту, пригніченням основних функцій організму – дихання, кровообігу, сечовиділення, діяльності травної і нервової систем. У дитини періодично виявляються різні стадії порушення свідомості (ступор, сопор, кома), а нерідко і судоми.

Надзвичайно (дуже) тяжкий стан характеризується ускладненим перебігом хвороби, що може призвести до летального наслідку, різким погіршенням функціональної діяльності життєво важливих органів і систем дитини, пасивним положенням пацієнта у ліжку, відсутністю апетиту, значними порушеннями дихання і кровообігу, тяжкими розладами в діяльності травної і сечовидільної систем. Цей стан часто супроводжується втратою або потьмаренням свідомості, коматозними проявами.

Термінальний (агональний) стан проявляється ознаками клінічної смерті, а саме відсутністю кровообігу і дихання, загальмованою реакцією зіниць на світло, різким зниженням АТ (колапсом), відсутністю пульсу на великих судинах, серцевих тонів, сухожильних і очних рефлексів.

Зазначимо, що тяжкий, дуже тяжкий і агональний стани вимагають надання невідкладних реанімаційних заходів, проте агональний стан потребує ще й проведення, за показанням, непрямого масажу серця, штучного дихання, електрокардіостимуляції.

Одним із методів клінічного об'єктивного обстеження дитини, який використовують для оцінки загального стану пацієнта є **огляд (фізикальний огляд)**.

Основні правила проведення огляду:

- 1) під час огляду потрібно відволікати дитину щоб знизити рівень дискомфорту для неї; залежно від віку, можна поговорити з дитиною, наприклад, про її улюблені ігри, мультики, розповісти під час огляду історії, дати погратися іграшками або стетоскопом тощо;
- 2) батьки або опікуни повинні постійно бути поруч із дитиною під час проведення огляду (за винятком наявності сумнівів щодо жорстокого поводження з дітьми або нехтування ними);
- 3) якщо можливо, оглядайте маленьких дітей на руках у батька/матері або опікуна;
- 4) якщо дитина переживає або плаче, дайте батькам чи опікунам час, щоб заспокоїти її;
- 5) перед проведенням огляду вимийте та продезінфікуйте руки.

Спостереження та порядок проведення фізикального огляду

Спостереження є важливим діагностичним інструментом. Воно має починатися з першої миті, коли ви бачите дитину, наприклад, під час гри в коридорі, при привітанні та під час збирання анамнезу. Зверніть увагу на те, як дитина взаємодіє з батьками або опікунами.

NB! Намагайтеся виявити якомога більше ознак (симптомів):

- загальний зовнішній вигляд: здорова/нездорова, активна/млява, дискомфорт, роздратування, дистрес, недоїдання;
- дитина говорить, плаче чи видає якісь звуки;
- дитина пильна, зацікавлена та озирається;
- сонливий вигляд, блювання;
- здатність смоктати грудне молоко.

NB! Намагайтеся виявити будь-які ознаки дихального розладу:

- участь допоміжних м'язів у диханні;
- западання нижньої частини грудної клітки;
- втягнення;
- прискорене дихання (тахіпное);
- шумне дихання (стридор, візинг, оральна крепітація);
- вимушене положення (сидіння прямо з підтримкою у вигляді випрямлених рук).

NB! Виявіть інші ознаки: жовтяницю, блідість, ціаноз, потовщення суглобів пальців, набряк, лімфаденопатію, висипання, петехії та ін.

NB! Оцініть стан свідомості дитини.

Свідомість – форма відзеркалення стану головного мозку дитини, здатність адекватно реагувати на зовнішні подразники та сигнали.

У нормі свідомість **ясна**. Залежно від ступеня розладу свідомості розрізняють наступні види пригнічення ЦНС.

Ступор (stupor) – порушення свідомості, яке проявляється оглушенням, при цьому хворий не завжди відповідає на запитання, мовна реакція загальмована, відповіді на питання запізнілі, короткі і неповні. Подібний стан відмічається при контузях, деяких отруєннях.

Сонор (sopor) – порушення свідомості, яке проявляється отупінням (сплячкою), на запитання хворий не відповідає, реагує лише на сильні звукові або механічні подразнення, рефлекси збережені. Подібний стан може спостерігатись при інфекційних захворюваннях та в початковій стадії уремії.

Кома (coma) – стан глибокого пригнічення ЦНС, який проявляється повною втратою свідомості, відсутністю реакцій на зовнішні подразники та рефлексів, розладами функцій життєво важливих органів – дихання, кровообігу. Найбільш часто зустрічаються такі види ком: апоплексична, діабетична, гіпоглікемічна, печінкова, уремічна, епілептична.

При деяких станах можуть зустрічатися т. зв. **іритативні розлади свідомості**, які виражаються збудженням ЦНС – галюцинації та марення.

Галюцинації – іритативні розлади свідомості, які проявляються спотвореними зоровими або слуховими відчуттями реально неіснуючих образів, видінь, слухових або зорових асоціацій тощо.

Марення – іритативні розлади свідомості, які проявляються безладними і неадекватними мовними реакціями, нав'язаними фантастичними подіями або ілюзорними фактами.

NB! Оцініть положення хворої дитини.

Розрізняють такі положення хворого у ліжку.

Активне, за якого пацієнт може самостійно, без сторонньої допомоги, змінити власне положення у ліжку, на стільці, в кріслі тощо, за власним бажанням або за пропозицією медичного персоналу вільно переміщуватися в палаті та за її межами, самостійно здійснювати заходи особистої гігієни, та постелі, приймати їжу.

Пасивне, за якого пацієнт не може самостійно змінювати своє положення, здійснювати заходи особистої гігієни, приймати їжу.

Вимушеним називається положення, якого набуває хворий з метою зменшення страждань; при цьому зменшуються болісні або інші неприємні відчуття – задишка, біль, диспептичні розлади, полегшується загальний стан хворого. Такого положення набувають дуже слабкі та безпорадні хворі, що перебувають у непритомному стані.

Вимушеного активного положення хворий набуває з метою полегшення свого стану.

Вимушене пасивне положення визначається лікарем з метою більш сприятливого перебігу хвороби.

Таким чином, при збиранні анамнезу, оцінці загального стану дитини, постановці попереднього діагнозу необхідно додержуватися етико-деонтологічних принципів, певних правил та послідовності, враховувати вік дитини.

1.4. Ознайомлення з медичною документацією, яка заповнюється на основі розпитування хворої дитини

Робота закладів охорони здоров'я підпорядковується певним законодавчим актам і підлягає обов'язковому обліку, тому кожен медичний працівник повинен вести медичну документацію чітко і відповідно до вимог та інструкцій. Уся медична документація, незалежно від установи, підрозділяється на облікову і звітну.

Основні форми медичної документації в педіатричному стаціонарі:

- журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації – облікова форма 001/о;
- медична карта стаціонарного хворого – облікова форма 003/о;
- температурний лист – облікова форма 004/о;
- листок лікарських призначень – облікова форма 003-4/о;
- карта пацієнта, який вибув зі стаціонару – облікова форма 066/о;
- екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення – облікова форма 058/о;
- журнал обліку інфекційних та паразитарних захворювань – форма 060/о.

При надходженні дитини в стаціонар медична сестра приймального відділення заповнює журнал прийому хворих (форма 001/о), куди записують паспортні дані дитини, ким направлена дитина (в т. ч. шляхом самозвернення), діагноз, поставлений в установі, що направила. У разі відмови від госпіталізації заповнюють журнал відмов від госпіталізації (001-1/о) із зазначенням причини відмови.

Медична сестра приймального відділення заповнює титульний лист медичної карти стаціонарного хворого, вкладає в історію хвороби температурний листок (форма 004/о) і листок лікарських призначень – облікова форма 003-4/о. Паралельно заповнюється паспортна частина статистичної

карти хворого, який вибув із стаціонару (облікова форма 066/о). Після огляду дитина разом з оформленою історією хвороби, в супроводі молодшої медичної сестри, направляється у відділення за профілем захворювання.

Необхідно приділити особливу увагу збиранню скарг, анамнезу захворювання і життя, об'єктивному дослідженню, які є одним з основних моментів постановки правильного діагнозу. При первинному огляді дитини складається план обстеження і лікування. Ведення історії хвороби повинно відображати динаміку перебігу як основного, так і супутнього захворювання у хворої дитини, містити трактування отриманих додаткових інструментальних і лабораторних даних, обґрунтування терапії з урахуванням етіології і патогенезу основного і супутнього захворювань. При виписці зі стаціонару батькам дитини видається виписка з історії хвороби, де стисло відображені хід захворювання, результати клінічних та лабораторних досліджень і рекомендації щодо реабілітаційних заходів, які слід проводити дитині. Заповнюється карта хворого, який вибув зі стаціонару (форма 066/о).

Дані про дитину, яка надійшла до стаціонару, записують у листку обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару (форма 007/о), який заповнюється медичною сестрою і підписується завідувачем відділення, а за його відсутності – старшим ординатором або черговим лікарем.

У температурному листі (форма 004/о) щодня вказується динаміка температурної реакції хворої дитини (вранці і ввечері), артеріального тиску і пульсу у вигляді графіка; маси і зросту при надходженні до стаціонару та в подальшому – 1 раз на 7–10 днів; зазначається дата проведення гігієнічних ванн, зміни білизни, результати огляду на педикульоз; щодня – випорожнення і добова кількість сечі у дитини. Температурний лист заповнюється медичною сестрою.

У листі лікарських призначень (форма 003-4/о) лікарем призначається лікувально-охоронний режим, дієтичне харчування, лікарські засоби, які отримує хворий із зазначенням шляхів введення препарату (перорально, внутрішньом'язово, внутрішньовенно), дози та кратність введення. Медична сестра повинна вказувати час прийому хворим препаратом або час проведення ін'єкції, і ставити власний підпис. Крім того, в листі призначень лікарем відзначаються необхідні додаткові методи обстеження дитини із зазначенням дати проведення, медична сестра відзначає їх виконання і ставить свій підпис.

У журналі для реєстрації інфекційних захворювань фіксуються паспортні дані хворої дитини, діагноз інфекційного захворювання, дата захворювання і вжиті заходи. Звітна документація стаціонару складається зі щоквартального звіту щодо кожного відділення, піврічного звіту один раз на півріччя і щорічного звіту 1 раз в рік.

Крім перерахованої офіційної документації, для зручності і більш чіткої роботи медичного персоналу у відділеннях існує й інша довільна документація. Медична сестра веде журнал руху хворих (кількість дітей, котрі

вибули і прибули в відділення), журнал передачі чергувань, де вказується кількість дітей, які знаходяться у відділенні, прізвища і діагнози дітей, які поступили і вибули; прізвища хворих із лихоманкою та зазначенням температури у них; стан тяжкохворих дітей; прізвища дітей, підготовлених до призначеної лікарем процедури (діагностичної чи лікувальної).

1.5. Симуляція заповнення титульного листа медичної карти стаціонарного хворого

Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о) є основним медичним документом, що заповнюється на кожного хворого, який влаштовується на стаціонарне медичне лікування, та ведеться в усіх закладах охорони здоров'я, які надають стаціонарну допомогу.

Медична сестра приймального відділення закладу охорони здоров'я заповнює пункти 1–9 титульного листа медичної карти стаціонарного хворого. У пунктах 1–9 форми 003/о (див. *Додаток 1*) зазначаються дата (число, місяць, рік) та час (години, хвилини) госпіталізації, прізвище, ім'я, по батькові хворого, стать (чоловіча, жіноча), дата народження (число, місяць, рік), вік (кількість повних років, для дітей до 1-го року – місяців; до 1-го місяця – днів), назва та номер документа, що посвідчує особу, код країни, громадянином якої є хворий, постійне місце проживання/перебування (у разі, якщо стаціонарним хворим є дитина, зазначається місце проживання її батьків або законних представників), місце роботи, посада (для дітей, учнів, студентів – найменування навчального закладу; для інвалідів – вид і група інвалідності), найменування та код закладу охорони здоров'я, який направляє хворого до стаціонару.

Лікар заповнює пункти 10–20, включаючи клінічний діагноз. Лікар приймального відділення заповнює спеціально відведений листок «Запис лікаря приймального відділення», де коротко вказуються дані анамнезу хвороби та життя, об'єктивний стан хворого, діагноз, лікування і результати обстеження.

У пункті 11 лікар зазначає заключний клінічний діагноз, який складається із основного діагнозу, ускладнення основного діагнозу та супутніх захворювань. Основний заключний клінічний діагноз кодується лікарем згідно з Міжнародною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду (МКБ-10).

Якщо хворому проведено хірургічне втручання, то на другій сторінці у пункті 12 форми вказуються назва операції та код згідно з класифікатором оперативних втручань, дата та тривалість операції, метод знеболення, прізвище, ім'я, по батькові хірурга, прізвище, ім'я, по батькові анестезіолога, ускладнення при оперативному втручанні, якщо такі мали місце. Докладний опис операції проводиться в щоденнику за відповідною датою та в обліковій формі 008/о «Журнал запису оперативних втручань в стаціонарі», затвердженій цим наказом.

У пункті 13 вказуються інші види лікування для онкологічних хворих: спеціальне, паліативне, симптоматичне.

У пунктах 14–16 зазначаються дані щодо тимчасової непрацездатності.

У пункті 17 вказується висновок для хворих, які потребують проведення медико-соціальної експертизи.

У пункті 18 зазначається результат лікування хворого: виписаний з одужанням – 1, поліпшенням – 2, погіршенням – 3, без змін – 4, помер – 5, переведений в інший лікувальний заклад – 6, здоровий – 7.

У пункті 19 «особливі відмітки» зазначаються дата і час проведення за період стаціонарного лікування профілактичного огляду на наявність злоякісного новоутворення та профілактичного огляду на виявлення туберкульозу.

У пункті 20 зазначаються відмітки щодо страхування хворого: наявність та номер страхового поліса, найменування компанії-страхувальника.

Під таблицею на титульній сторінці цієї форми при виписці або смерті хворого зазначається кількість проведених ліжко-днів, при цьому *день госпіталізації і день виписки (смерті) рахується як один день*.

У період перебування хворого в стаціонарі форма 003/о зберігається у папці лікаря. Лікар здійснює записи у щоденнику про стан здоров'я та лікування хворого з періодичністю від щогодинного до щотижневого періоду залежно від стану хворого та місця його перебування (палата інтенсивної терапії, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, відділення хірургічного, терапевтичного, психіатричного профілю тощо). Записи повинні у повному обсязі відображати зміни стану хворого (погіршення, поліпшення, повне одужання) та увесь процес лікування чи реабілітації впродовж перебування в стаціонарі. У день виписки хворого зі стаціонару запис лікаря має бути максимально детальним. Щоденникові записи потрібно формулювати коротко і чітко, обов'язково зазначити дату та час проведення огляду пацієнта. Щоденникові записи засвідчуються підписом лікуючого лікаря.

При виписці хворого лікар складає виписний епікриз, у якому коротко резюмує дані про стан хворого при госпіталізації та виписці, обґрунтовує клінічний діагноз, вказує проведені обстеження та лікувальні заходи, аналізує їх ефективність, дає рекомендації щодо подальшого лікування і режиму хворого.

Форму 003/о підписують лікар та завідувач відділення.

Форма 003/о містить усі дані щодо стану хворого протягом усього періоду перебування в стаціонарі, організації та проведення лікування, а також дані об'єктивних, функціональних, рентгенологічних, лабораторних та інших методів обстежень. Карта стаціонарного хворого в електронному форматі має містити всі дані, що є на паперовому носії інформації.

Медична карта стаціонарного хворого – юридичний документ, який має бути заповнений чітко і розбірливо. Категорично заборонені будь-які скорочення, виправлення і приписки.

Втрата історії хвороби з відділення є кримінальною справою і карається згідно з законом.

Після виписки пацієнта лікар передає карту для обробки в кабінет статистики. В архіві медичного закладу форма 003/о зберігається протягом 25 років.

Тема 2. Симуляція харчування дітей в умовах стаціонару

Актуальність теми. У жодному іншому періоді життя людини харчування не є настільки важливим, як в дитинстві. Правильне харчування передбачає повне забезпечення потреб у нутрієнтах водночас з урахуванням індивідуальної готовності дитини до нього на певному етапі розвитку та патофізіологічних особливостей у випадку хвороби. Лікувальне харчування та харчування дітей з певними особливостями є невід'ємною складовою загального лікувального процесу, тому його забезпечення є важливим для одужання та сприяє розвитку дитини в будь-якому віці.

Загальна мета: вміти організувати харчування дитини в умовах стаціонару; організувати вигодовування дитини на першому році життя; опанувати техніку грудного вигодовування, приготування суміші для штучного вигодовування; забезпечити організацію харчування дитини старшого віку.

Вміти:

- володіти технікою грудного вигодовування;
- готувати суміш для дитини на штучному вигодовуванні.
- надати рекомендації щодо введення прикорму: оцінити готовність дитини, термічна обробка, вибір харчових продуктів.
- надати рекомендації з дієтичного харчування залежно від патології.

Теоретичні питання:

- годування дитини першого року життя;
- техніка приготування молочних сумішей та годування дитини з пляшечки;
- повноцінність та раціональність харчування;
- основи дієтичного харчування;
- годування тяжкохворих дітей;
- організація харчування дітей в умовах стаціонару;
- харчоблок, роздавальня, їдальня, місце цих підрозділів у структурі стаціонару та лікарні в організації харчування дітей.

Харчування дітей в лікарні проводиться за призначенням лікаря під безпосереднім контролем медичної сестри. В організації харчування дітей використовують два основних принципи: індивідуальний і груповий. Індивідуальну дієту призначає лікар, у цьому випадку їжу готують спеціально для кожної дитини. При груповому принципі призначають ту чи іншу дієту, яка має певну лікувальну мету. Режим годування дитини залежить від віку і характеру захворювання.

Грудне вигодовування. Для дітей першого року життя найбільш раціональним є вигодовування грудним молоком. Під час захворювання воно особливо необхідно дитині, годування може змінюватися залежно від захворювання і загального стану дитини. Лікар в історії хвороби проводить розрахунок харчування, складає меню, а медична сестра стежить за тим, щоб мати, або людина, яка здійснює догляд за дитиною, дотримувалися його. Жінка, що годує дитину грудьми, зобов'язана дотримуватися

звичайних правил гігієни. У стаціонарних умовах гігієнічні вимоги повинні виконуватися особливо неухильно.

Нормативні засади та стратегії стосовно проблем грудного вигодовування дітей грудного і раннього віку в Україні відповідають міжнародним документам – декларації «Охорона, заохочення, підтримка практики грудного вигодовування. Особлива роль пологодопомічних служб» ВООЗ/ЮНІСЕФ (1989), «Інносентійській декларації про охорону, заохочення і підтримку грудного вигодовування» (Флоренція, 1990), ініціативі «Лікарня, доброзичлива до дитини» ВООЗ/ЮНІСЕФ (Анкара, 1991), «Глобальній стратегії щодо годування дітей грудного і раннього віку» ВООЗ/ЮНІСЕФ (Женева, 2002), європейській стратегії «Здоров'я та розвиток дітей та підлітків» (Копенгаген, 2005), «Глобальні стратегії охорони здоров'я жінок та дітей» ООН (Нью-Йорк, 2010) – і спрямовуються на необхідність забезпечення грудного і виключно грудного вигодовування дітей, розробку і впровадження сучасних медико-організаційних технологій, що сприяють його розширенню, забезпеченню розвитку і моніторингу діяльності закладів, доброзичливих до дитини. Основу стратегії складають наявні ресурси чинної системи охорони здоров'я матері і дитини, комплексний інтегрований міжсекторальний підхід у діяльності ЗОЗ із залученням ресурсів міжсекторальної і міжнародної технічної допомоги

З метою підтримки грудного вигодовування експертами ВООЗ/ЮНІСЕФ у 1991 р. запропоновано 10 базових принципів успішного грудного («Ten Steps to Successful Breast feeding»), а на їх підставі в Україні була прийнята галузева програма «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006–2010 роки»).

Основна сутність принципів успішного грудного вигодовування полягає в наступному.

1. Неухильно дотримуватися встановлених правил вигодовування і доводити ці правила до відома медичного персоналу та породіль.

2. Навчати медичний персонал навичкам правильного грудного вигодовування.

3. Інформувати всіх вагітних, а також членів їх сімей про переваги і техніку грудного вигодовування.

4. Допомогати матерям у проведенні грудного вигодовування протягом перших 30 хв після пологів.

5. Показувати матерям, як годувати грудьми і як зберегти лактацію у випадку, якщо вони тимчасово знаходяться окремо від новонародженого.

6. Не давати новонародженим ніякої іншої їжі або пиття, крім грудного молока, якщо немає медичних показань.

7. Практикувати цілодобове перебування матері та новонародженого в одній палаті.

8. Заохочувати грудне вигодовування за вимогою немовляти, а не за розкладом.

9. Не давати новонародженим, які знаходяться на грудному вигодовуванні, ніяких заспокійливих засобів і приладів, що імітують материнські груди (соски, пустушки та ін.).

10. Заохочувати створення груп підтримки грудного вигодовування і направляти матерів у ці групи після виписки з пологового будинку або лікарні.

В умовах надзвичайних станів, зокрема, воєнних дій, грудне вигодовування набуває особливого сенсу, адже сприяє повноцінному харчуванню дитини, формуванню та підтриманню фізичного, психологічного та психічного здоров'я, є суттєвим фактором фінансової економії та профілактики різноманітних захворювань як з боку дитини, так і з боку матері (рис. 1). Для повноцінного грудного вигодовування важливою є правильна персоналізована техніка, яку можливо обрати з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей матері та дитини.



Рис. 1. Переваги грудного вигодовування в умовах війни

Положення матері і дитини під час годування може бути різним, але головне, щоб воно сприяло повному розслабленню мами і забезпечувало максимально комфортні умови дитині. Існує кілька положень матері та дитини під час годування (рис. 2). Послідовність прикладання дитини до грудей показано на рис. 3.



Положення «лежачи»



Положення «сидячи»

Для зручності можна використовувати спеціальну подушку, на яку кладуть дитину



Положення «з-під руки»: зручно в разі годування близнюків, для ліквідації лактостазу, або якщо зручно матері. Для зручності можна використовувати спеціальну подушку, на яку кладуть дитину



Положення лежачи на спині (дитина зверху) показано в разі надмірної лактації



Положення стоячи

в разі неможливості лежати або сидіти

Якщо дитині складно пристосуватися до грудей, мати може перебувати в положенні на животі, спираючись на лікті (дитина під нею). Основне правило – тримати дитину близько до себе, так, щоб сосок вказував йому на носик, сформувати груди так, щоб дитина змогла його захопити глибше. Щоб їй допомогти, треба трохи стиснути груди в площині ротика дитини. Важливо розташувати пальці досить далеко від ареоли, паралельно губкам дитини.

Рис. 2. Положення матері і дитини під час годування



Рис. 3. Послідовність прикладання дитини до грудей. Сосок до носика

1. Початкове положення: дитина розташована дуже близько до грудей, сосок спрямований до її носика. Якщо направити сосок прямо в рот, є ризик, що щелепи дитини зімкнуться занадто близько до соска, мамі може бути боляче. Готова до годування дитина крутить голівкою з боку в бік, розкриває рот і опускає язичок на нижні ясна. Якщо ротик не розкритий, можна провести по губках нижньою частиною ареоли.

2. Треба підтримувати дитину так, щоб підґрунтя її голівки і плечі спиралися на мамину долоню. Рука матері не повинна тиснути на потилицю. Важливо дати хорошу опору тілу дитини, щоб їй було зручно смоктати, щільно притискати її до мамі, животик до живота матері, долонею підтримувати ділянку шиї та між лопатками; якщо дитина розташована горизонтально, то великий палець має бути розташований під «верхнім» вухком, вказівний і інші – під «нижнім». Нижня губка під час захоплення грудей відігнута, язичок лежить поверх ясна.

3. Дитина щільно притиснута до грудей, глибоко захоплює сосок і ареолу, сосок торкається межі твердого та м'якого піднебіння. Знизу ареола глибше в ротик, ніж зверху. Якщо злегка відсунути малюка від грудей, помітно, що його губки розгорнуті, нижня губа повністю відігнута, кут між верхньою і нижньою губою не менш 140°, язичок охоплює груди. Носик може або бути в стороні, або злегка торкатися грудей. Якщо дитина захопила груди неглибоко, слід акуратно розтиснути пальцем ясна, щоб не пошкодити сосок, забрати груди і прикласти ще раз.

Зціджування молока. Правильно організоване вигодовування і нормальна лактація зазвичай не вимагає зціджування грудного молока. У той же час (за рекомендацією лікаря) в перші дні для встановлення і підтримки нормальної лактації, в разі тимчасових протипоказань до годування дитини грудьми або за необхідності догодовування дитини зціджування грудного молока є необхідним. Зціджене молоко може зберігатися при температурі +18...+20 °С не більше 12 год, при +4...-5 °С – до 48 год, при -18...-20 °С – до 4 міс.

Протипоказання до годування дитини грудьми

Незважаючи на те, що дитина першого року життя має отримувати грудне молоко, в деяких випадках є протипоказання до цього. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, не повинні отримувати грудне молоко діти з фенілкетонурією, галактоземією, хворобою кленового сиропу.

ВООЗ рекомендує (в разі потреби) догодовування адаптованими сумішами наступним категоріям дітей:

- дітям з масою тіла менше 1 500 г;
- недоношеним, народженим раніше 32-го тижня гестації;
- новонародженим, які схильні до ризику гіпоглікемії внаслідок порушення метаболічної адаптації, або мають збільшену потребу в глюкозі (наприклад, ті, які народилися передчасно або з недостатньою для гестаційного віку масою тіла, діти від матерів з діабетом) і/або якщо рівень глюкози в їх крові не реагує на оптимальне грудне вигодовування.

З боку матері абсолютними протипоказаннями до годування дитини є наступні стани:

- ВІЛ-інфекція;
- герпетичні висипання в ділянці соска й ареоли;
- прийом медикаментів, не сумісних з грудним вигодовуванням;
- абсцес молочної залози;
- гепатит В (дитина повинна бути вакцинована від гепатиту В у перші 48 год після народження);
- алкоголізм, вживання матер'ю наркотиків, психотропних та седативних засобів.

Годування дитини з пляшечки. Оновлені рекомендації щодо годування дитини з пляшечки враховують її фізіологічні особливості та потреби в процесі годування, а саме звертають увагу на темп, тривалість та інтенсивність процесу годування немовляти, і тому таке годування зветься дбайливим. Воно є кращим, тому що імітує годування груддю і дозволяє дитині контролювати темп течії молока. Це годування відрізняється від традиційного, при якому дитині дають пляшечку і очікують, що вона буде їсти в постійному темпі, і доїсть порцію до кінця, навіть якщо вона припинила їсти. Дбайливе годування дозволяє здійснити прийом їжі в кількостях, необхідних дитині та запобігає дискомфорту і перегодовуванню

Оскільки ця техніка схожа на годування груддю, вона може особливо допомогти дітям, які поєднують грудне вигодовування та пляшечку, полегшити перехід між грудьми та пляшкою.

Годувати дитину треба тоді, коли вона виявляє ознаки голоду, і припиняють годування у разі ознак ситості. Плач є запізнілою ознакою голоду, тому намагайтеся погодувати дитину до того, як вона почала плакати.

Людина, що годує дитину, має прийняти зручне положення, яке дозволяє бачити обличчя дитини та розмовляти з нею під час годування.

Правила та техніка годування з пляшечки

– Дитину тримають з піднятою голівкою (*рис. 4*), яку підтримують, це дозволяє дитині вивільняти повітря. Дуже важливо уникати годування дитини з пляшечки у лежачій позі, тому що це може спричинити запалення вух та каріозне ураження зубів у ранньому віці (пляшковий карієс).

– Не можна годувати дитину, коли пляшечка піднята і спирається на будь-який предмет. Важливо, щоб дорослий тримав пляшечку та дитину на руках.

– Для того, щоб дитина відкрила рота, легенько проведіть соскою пляшечки по її верхній губі. Після того, як дитина відкриє рота, обережно введіть соску пляшечки в рот дитини і тримайте пляшечку паралельно підлозі і трохи піднятою, таким чином, щоб наконечник соски був наповнений молоком, але не вся соска, як при традиційному годуванні з пляшечки, для запобігання занадто швидкій течії молока. Не потрібно турбуватися про те, що у частині соски є повітря. Важливо підібрати соску з повільною течією.

– Змінюйте сторони під час годування. Спирайте дитину то на праву, то на ліву руку. Подібне годування забезпечує стимуляцію обох сторін тіла дитини та обох очей і запобігає виникненню звички їсти тільки з одного боку.



Рис. 4. Годування дитини з пляшечки

– Звертайте увагу на ознаки того, що дитина хоче зробити перерву в годуванні. Обережно витягніть пляшечку з рота або нахиліть її вниз, щоб припинити подачу молока. Після перерви запропонуйте малюку продовжити годування.

– Немає встановленої тривалості годівлі. У середньому її тривалість варіюється від 10 до 20 хв. Рекомендується не намагатися змусити дитину швидше закінчити годування. Повільне годування дозволяє дитині визначити почуття ситості до настання переїдання.

– Дитина знає, скільки молока їй потрібно. Не потрібно змушувати її випити пляшечку до кінця. Перегодовування, при якому не звертають уваги на ознаки, які подає дитина, може спричинити почуття дискомфорту (наприклад, кольки) і є фактором ризику ожиріння в майбутньому.

– Після закінчення годування потримайте дитину вертикально і ніжно помасажуйте її спинку для того, щоб вона могла випустити повітря (відригнути).

NB! Ніколи не залишайте дитину саму з пляшечкою, щоб вона не захлинулась.

Техніка приготування заміників грудного молока (молочних сумішей)

Адаптовані суміші промислового виробництва можуть бути рідкі, готові до вживання і порошкові, які готуються перед вживанням. Також дитячі суміші розподіляють наступним чином:

- початкові (від 0 до 6 міс);
- для подальшого годування (від 6 до 12 міс і від 1 до 3 років).

Молочна суміш у вигляді порошку зазвичай використовується частіше і є більш економічною формою. Приготування суміші проводиться відповідно до рекомендації щодо застосування. Безпосередньо перед приготуванням суміші необхідно вимити руки з милом. Слід заздалегідь приготувати чистий посуд – спеціальну дитячу градуйовану пляшечку місткістю 200–250 мл зі шкалою розподілу 10 мл (рис. 5.), соску, емність для приготування суміші, мірну ложечку, суміш для вигодовування дитини і кип'ячену воду для розведення суміші.

Вода повинна бути доведена до температури, яка вказана в інструкції для приготування суміші. Після цього слід відміряти необхідну кількість суміші, насипати її в емність з водою, добре розмішати, довести до температури 37–38 °С і заповнити пляшечку для годування дитини. Отвір у сосці має бути невеликим, щоб суміш витікала краплями (20–30 крапель за хвилину).

Якщо суміш охолочла, підігріти її можна в пляшечці на водяній бані, але тільки ту кількість суміші, яка потрібна на одне годування.



Рис. 5. Пляшечка для годування

NB! Використання некип'яченої води, нестерилізованих пляшечок, а також неправильне розведення суміші можуть стати причиною розладів травлення у дітей. Посуд, який використовують індивідуально для догодовування або штучного вигодовування дитини, попередньо ретельно обробляють. Спочатку пляшку замочують у 2 % розчині харчової соди, потім миють зсередини спеціальною щіткою, двічі ополіскують водою і кип'ятять протягом 20–25 хв, або поміщають у спеціальний стерилізатор. Це особливо необхідно для посуду, який використовують при годуванні дітей у перші 3 міс життя.

У лікарні стерилізація пляшок проводиться в сухожаровій шафі протягом 45 хв. Після кожного годування потрібно промити і прокип'ятити соску протягом 10–15 хв. Зберігають соски в стерильному, щільно закритому скляному посуді.

Застосування рідких молочних сумішей

Для приготування суміші з переливанням у звичайну дитячу пляшечку зробить наступне.

1. Ретельно вимийте руки та простерилізуйте пляшечку і соску для годування дитини.
2. Переконайтеся у тому, що упаковка із сумішшю герметично закрита.
3. Нагрійте закриту пляшку із сумішшю на водяній бані та ретельно висушіть її паперовим рушником. Заборонено використовувати мікрохвильову піч для підігріву продукту.
4. Ретельно струсіть пляшечку з підігрітою сумішшю перед відкриттям.
5. Перелійте в пляшечку для дитячого годування точну кількість суміші відповідно до віку дитини.
6. Заборонено додавати воду до готової суміші.
7. Перевірте температуру готового харчування на тильному боці зап'ястя (37 °C).
8. Залишки суміші не використовувати для наступного годування.

Введення прикорму

Прикорм – введення додаткових страв в раціон дитини старше 5 (6) міс згідно з планом введення прикорму, при збереженні грудного вигодовування або вигодовування сумішшю.

Сучасні рекомендації щодо прикормів Європейської Асоціації дитячих гастроентерологів, гепатологів, нутриціологів (ESPGHAN).

1. Перший прикорм. На сьогоднішні вважається недоцільним розробляти окремі рекомендації щодо введення прикорму для дітей на грудному чи на штучному вигодовуванні.

«Золотого стандарту» харчування виключно грудним молоком слід дотримуватись щонайменше протягом 4 міс (17 тиж) життя немовляти, або до 6 міс (26 тиж).

Введення прикорму рідкої консистенції рекомендовано розпочинати у віці 4 міс, а в період з 5 до 6 міс, коли у дитини розвиваються необхідні моторні навички, стає можливим споживання щільної їжі. Тому важливо давати їжу відповідної консистенції та відповідним способом. При цьому грудне вигодовування продовжують паралельно зі введенням прикорму.

2. Продукти для прикорму. Прикорм дитині треба починати не раніше 4 міс, але не пізніше 6 міс. Слід пропонувати дитині різноманітну за консистенцією, смаком, запахом їжу. Цільне коров'яче молоко не рекомендовано вводити в раціон дитини до 12 міс через ризик розвитку залізодефіцитної анемії. Споживання великої кількості білка під час введення прикорму підвищує ризик виникнення надлишкової маси тіла та ожиріння, особливо у осіб зі схильністю до цього, тому споживання білка має становити не більше 15 % від загальної спожитої енергії. Потреба організму дитини в залізі є дуже високою протягом усього періоду введення прикорму, тому необхідно забезпечити отримання продуктів, багатих на залізо, особливо для дітей на грудному вигодовуванні. Не слід додавати цукор або сіль у прикорм, а також необхідно уникати вживання дитиною підсолоджених напоїв та соків. Вегетаріанську діету можна застосовувати виключно під пильним спостереженням лікаря та дієтолога, з обов'язковим додатковим введенням вітамінів групи В, Д, заліза, цинку, кальцію, білків, ПНЖК.

3. Прикорм та харчова алергія. Алергенні продукти можна вводити, починаючи з 4-місячного віку, в будь-який час під контролем спеціаліста, оскільки саме в цей період можливе формування імунної толерантності.

4. Загальні правила введення прикорму. Краще вводити перший прикорм під час другого ранкового годування (9–11-а година ранку), щоб побачити реакцію дитини. Страви мають бути без додавання цукру і солі. Давайте перший прикорм дитині тоді, коли вона спокійна і не втомлена. Починайте з 0,5–2 чайної ложки. Якщо малюк відмовляється, не наполягайте, спробуйте пізніше. Якщо реакція нормальна (немає висипки, змін на шкірі, змін випорожнень), збільшіть дозу в два рази наступного дня. Поступово доведіть перший прикорм дитини до вікової норми (80–200 г). Якщо є алергічна реакція або інша реакція непереносимості, відмовтеся на три дні від цього прикорму, при повторній небажаній реакції не давайте цей продукт. Кожен наступний новий продукт прикорму повинен бути однокомпонентним (тільки кабачок, капуста, броколі тощо). Страви зі змішаних продуктів

давайте тоді, коли дитина вже познайомилась з усіма продуктами окремо. Не бажано вводити нові продукти за три дні до та після щеплень.

Рекомендації щодо страв прикорму. 1-й прикорм з 6 міс: овочево-фруктове пюре. 2-й прикорм: з 6,5–7 міс – каша без додавання молока, далі – 5–10 % молочна каша (гречана, рисова, кукурудзяна). 3-й прикорм з 7,5–8 міс – молочні продукти (кефір, йогурт, сир).

Організація харчування дітей в умовах стаціонару

Харчоблок, роздавальня, їдальня, місце цих підрозділів в структурі стаціонару та лікарні в організації харчування дітей. Для забезпечення харчування дітей у відділеннях є спеціальний підрозділ – харчоблок, який складається з кімнати для миття посуду, обладнаної посудомийними машинами або раковинами для миття посуду з двома секціями для брудного та чистого посуду, кімнати для роздачі їжі і їдальні. Посуд зберігають у роздавальній кімнаті, окремо для матерів і дітей. Роздавальна кімната обладнана шафою для зберігання чистого посуду, холодильником (де зберігається запас сумішей на 1 добу), електроплитою для підігріву їжі, столом з гігієнічним покриттям для роздачі їжі, комплектом посуду з розрахунком на одного хворого (одна глибока, дрібна і десертна тарілки, чашка, виделка, ложки – столова та чайна); шафою для зберігання хліба, солі, цукру, шафою для стерилізації посуду, бачком для відходів з кришкою, яка щільно закривається; миючими та дезінфікуючими засобами. Інвентар для прибирання і миючі засоби повинні бути маркованими і зберігатися окремо.

Їжа для дітей готується централізовано, а у відділення доставляється відповідно до графіку прийому їжі хворими. Для транспортування і зберігання їжі використовують марковані термоси: «Для перших страв», «Для інших страв», «Гарнір», «Молоко» та ін.

Видача їжі відбувається в їдальні відділення не пізніше 2 год від моменту її приготування. При необхідності страви перед вживанням підігрівають. Роздачу їжі проводить роздавальниця, буфетниця або чергова медсестра, використовуючи призначені для цього халати. Персонал, який причетний до роздачі їжі, повинен дотримуватися правил особистої гігієни.

NB! Технічний персонал, який прибирає палати та інші приміщення, до роздачі їжі не допускається!

Загальне щоденне керівництво харчуванням хворих у великих стаціонарах здійснює *лікар-дієтолог*, який відповідає за правильне складання і застосування лікувальних дієт. Ці функції можуть бути передані старшій медичній сестрі відділення. Лікар-дієтолог, крім того, надає консультативну допомогу лікарям відділень, яка стосується найбільш оптимального вибору дієти лікувального харчування.

Безпосереднє керівництво роботою харчоблоку (контроль якості продуктів, закладка їх, приготування їжі, доставку до відділення та ін.) покладається на *дієтсестру* лікарні.

Лікар, який проводить обстеження і лікування хворого, призначає дієту і записує в листок лікарняних призначень. Палатна медична сестра складає **палатний порційник**, де вказує такі дані:

- загальна кількість хворих;
- номер палати;
- прізвище та ініціали хворих, яким призначено відповідну дієту.

На основі палатного порційника старша медична сестра відділення складає **порційну вимогу**, в якій вказує такі дані:

- назва відділення;
- дата;
- загальна кількість хворих;
- кількість хворих відповідно до кожної дієти.

Підписують порційну вимогу завідувач відділення, старша медична сестра відділення та старша медична сестра приймального відділення, яка фіксує кількість поданих хворих на харчоблок і в разі госпіталізації пацієнтів у відділення стаціонару у вечірній та нічний час вранці наступного дня подає додаткову порційну вимогу на харчоблок лікарні.

При складанні меню дієтсестра повинна підрахувати загальну калорійність, а також кількість білків, жирів і вуглеводів на всі страви, що входять до складу певного лікувального харчування на день. Кількість білків, жирів, вуглеводів і калорій має відповідати нормам для кожного стола. Розроблено спеціальні таблиці з зазначенням складу, кожної страви, або кожного окремого продукту (кількість білків, жирів і вуглеводів, що входять до нього), а також енергетичної цінності даного продукту. Також беруться до уваги запропоновані картки-меню для весняно-літнього і осінньо-зимового періодів.

Після приготування страв відповідно до дієт лікар-дієтолог або черговий лікар стаціонару знімає пробу, записує дані в бракеражний журнал, дає письмовий дозвіл на видачу у відділення готових страв.

Приготовлену їжу доставляють з харчоблоку до відділення у промаркованому емальованому посуді (1-а страва, 2-а страва, 3-я страва) якомога швидше і одразу ж здійснюють роздачу їжі. Буфетниця-роздавачка надягає спецодяг для роздачі їжі, яку видає хворим згідно з призначеною для них дієтою. Для доставки їжі також повинен бути виділений спецодяг. Тяжкохворим страви доставляють безпосередньо в палати. Ходячі хворі харчуються в їдальні відділення, де розміщені столи на 4 осіб (не більше). Це допомагає групувати хворих по дієтах. Стільці повинні мати м'яку обшивку.

Старша медсестра контролює порядок і дотримання правил роздачі їжі у відділенні. Перед прийомом їжі планові лікувальні процедури закінчуються (крім випадків, обумовлених станом дитини). Діти повинні вимити руки з милом, а медперсонал зобов'язаний це проконтролювати. За стіл садять дітей одного віку, які отримують однакове лікувальне харчування. Стільці повинні бути з матеріалу, який добре мисться. Під час їжі в їдальні

медперсонал спостерігає за тим, щоб діти їли спокійно, допомагає в разі потреби і, якщо дитина відмовляється від їжі або погано їсть, з'ясовує причину і повідомляє лікарю. При зниженому апетиті треба простежити, щоб дитина з'їла найбільш повноцінну частину страви.

Годування тяжкохворих дітей. Тяжкохворі та хворі на інфекційні захворювання приймають їжу в палаті. Якщо дитина може сидіти, то після миття рук вона самостійно їсть за приліжковим столиком. Якщо хворій дитині важко сидіти, їй надають положення напівсидячи, для цього піднімають головний кінець функціонального ліжка або підкладають під спину кілька подушок. Шию і груди покривають фартухом або клейонкою. Лівою рукою піднімають голову дитини, а правою підносять ложку з їжею або спеціальний поїльник.

Кількість їжі, яка отримала дитина, обов'язково фіксують у листку призначень. Їжа повинна бути смачною, щойно приготовленою і теплою (40–45 °С).

Особисті продукти харчування повинні прийматися в межах асортименту, дозволеного лікарем, зберігатися в призначених для цього шафах або холодильниках і видаватися дітям під контролем медичної сестри. Особливої уваги потребує контроль над дотриманням правил кулінарної обробки продуктів відповідно до заходів щодо профілактики харчових отруєнь.

Обробка посуду проводиться наступним чином: спочатку посуд очищують від харчових відходів, знежирюють шляхом замочування в 2 % розчині харчової соди або миють із застосуванням одного з дозволених МОЗ України засобів. Добре ополіскують і прожарюють у сухожаровій шафі при температурі 180 °С протягом 30 хв або при температурі 120 °С протягом 45 хв.

Харчові відходи збирають у спеціальні марковані баки і в той же день вивозять із відділення. М'який матеріал для прибирання після використання замочують у дезінфікуючому розчині на термін, передбачений інструкцією, потім кип'ятять протягом 15 хв, ополіскують і сушать. М'який матеріал для миття підлоги обробляють таким же чином, але не кип'ятять. Здійснення контролю за санітарним станом харчоблоку полягає в щоденній перевірці якості прибирання кухні та підсобних приміщень; дотриманні правил миття посуду (обов'язкова наявність холодної та гарячої води), використанні необхідних миючих засобів, своєчасної зміни персоналом харчоблоку спеціального одягу для роботи на кухні. Проводиться щоденний огляд працівників харчоблоку на наявність гнійничкових захворювань шкіри.

Режим харчування. Дотримання правильного режиму харчування є дуже важливим фактором при лікуванні хворих дітей, особливо раннього віку. При будь-якій патології необхідне регулярне надходження їжі, що визначає нормальну роботу органів травлення, достатнє вироблення травних соків і ферментів, оптимальне забезпечення енергетичних витрат організму, часто підвищених у зв'язку із захворюванням. Для дітей грудного віку

завичай необхідно зберігати звичний ритм харчування, установлений до захворювання. При грудному вигодовуванні, якщо немає особливих показань для дозованого харчування, дитина може перебувати на вільному режимі й годуватися за вимогою. Дітям, які одержують прикорм, передбачений перехід на режим годування по годинах, годування проводяться 5 або 6 разів на добу. Для дітей у віці старше 1 року найчастіше встановлюється режим харчування із прийомом їжі 4–5 разів на день. Разом із тим частота прийомів їжі багато в чому визначається характером патологічного процесу, гостротою й стадією захворювання. У гострому періоді хвороби, особливо при гострих кишкових інфекціях, наявності блювання, диспептичних явищ, гарячкових станів, розвитку токсикозу, встановлюється індивідуальний режим харчування, при якому частота прийомів їжі може доходити до 8–10 разів на добу. Між окремими прийомами їжі не можна допускати перерву більше 4 год, а між вечерею та сніданком перерва не повинна перевищувати 10–11 год.

Режим харчування передбачає не тільки визначення частоти прийомів їжі та часу годування, але й раціональний розподіл добової калорійності їжі між окремими годуваннями. При звичайному загальному режимі харчування в дитячих стаціонарах прийнятий наступний розподіл його добової калорійності: сніданок – 25 %, обід – 35 %, полуденок – 10 %, вечеря – 25 %, перед сном – 5 %. Перерви між окремими прийомами їжі не повинні перевищувати 4 год. Відхилення від установленого часу повинні бути не більше 15–30 хв. Це має як фізіологічне, так і психологічне значення, тому що при збереженні постійних інтервалів між годуваннями в дитини регулярно виникає почуття голоду, супроводжуване посиленням виділенням травних соків, з'являється певний інтерес до прийому їжі. Разом із тим години та кількість годувань хворих дітей багато в чому залежать від стану дитини, призначеної дієти, наявності ускладнень. При розвитку токсикозу, появи нудоти та блювання питання про необхідний режим харчування вирішується суто індивідуально.

Основи дієтичного харчування. У харчуванні дітей старше року використовують раціон, що складається з продуктів, які забезпечують вікові потреби дитини в основних харчових інгредієнтах, якщо немає показань до призначення лікувального харчування.

Залежно від захворювання, дитина старшого віку отримує лікувальне харчування, що є найважливішою складовою комплексної терапії. Основною метою його призначення є відновлення порушених функцій хворого органа і організму в цілому. При розробці лікувального харчування потрібно враховувати вік пацієнта, патогенез захворювання, клінічні прояви, динаміку розвитку хвороби та повну відповідність потребам хворої дитини в харчових інгредієнтах, а також певну механічну та термічну обробку. Це досягається шляхом адаптації хімічного складу раціону до стану хворого

за допомогою підбору продуктів і способу їх кулінарної обробки. Для харчування хворих існують різні дієти, які призначають з лікувальною метою.

Приклади лікувального харчування

Дієта після хірургічних втручань

Мета призначення: забезпечити ентеральне харчування хворого в післяопераційний період.

Рекомендовані харчові продукти та страви: парові страви з відвареного протертого м'яса або курки, варені яйця, паровий омлет, нежирний м'ясний або курячий бульйон, слизистий суп з вівсяної крупи, рідка манна каша, каша з рисової та гречаної муки для дитячого харчування, кисіль, желе фруктове, розведені солодкою водою соки зі свіжих фруктів та ягід, відвар шипшини, чай з лимоном, сухарі з білого хліба, масло вершкове, кефір.

Дієта при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки в періоді різкого загострення з виразними симптомами подразненого шлунка (у перші 6–8 днів лікування); загостренні хронічного гастриту в перші дні лікування; гастродуоденальній кровотечі після зникнення ознак профузної кровотечі; хімічних опіках стравоходу

Мета призначення: загоєння виразок та ерозій, зменшення запального процесу слизової оболонки верхнього відділу травного каналу шляхом нормалізації процесів репарації слизової оболонки і зменшення подразнення рецепторного апарату шлунка та дванадцятипалої кишки, регуляції секреторної та моторно-евакуаторної функцій шлунка. Забезпечення фізіологічних потреб організму в харчових речовинах в умовах суворого ліжкового режиму. Зниження збудливості вегетативної нервової системи.

Загальна характеристика: дієта з фізіологічним вмістом білків і жирів, обмеженням вуглеводів і натрію хлориду, різким обмеженням хімічних і механічних подразників слизової оболонки та рецепторного апарату верхнього відділу травного каналу та речовин, які довго затримуються у шлунку, стимуляторів шлункової секреції.

Кулінарна обробка: їжу готують у протертому вигляді, відварюють у воді або на пару, дають у рідкому або кашоподібному вигляді.

Виключають гарячі та холодні страви.

Режим харчування: 6 разів на день невеликими порціями у теплом вигляді.

Дієта при захворюваннях шлунка та дванадцятипалої кишки з секреторною недостатністю у фазі одужання

Мета призначення: забезпечити повноцінним харчуванням. Помірно стимулювати секреторну функцію органів травлення, нормалізувати рухову функцію травного каналу.

Загальна характеристика: фізіологічно повноцінна дієта з помірним обмеженням механічних подразників і помірною стимуляцією секреції травних органів. Призначають у середньому на 1–2 роки.

Кулінарна обробка: дозволені страви різного ступеня подрібнення та теплової обробки – відварні, тушковані, запечені, смажені без утворення грубої скоринки (не панірувати в сухарях або борошні).

Виключають продукти і страви, які довго затримуються у шлунку, важко перетравлюються, подразнюють слизову оболонку травного каналу, дуже гарячі та холодні страви.

Режим харчування: 4–6 разів на день невеликими порціями, температура від 20 до 60 °С.

Дієта при хронічному коліті зі схильністю до закрєпів

Мета призначення: посилення перистальтики тонкої та товстої кишок, регулювання процесу випорожнення кишок.

Режим харчування: невеликими порціями 5–6 разів на день, основну кількість їжі дають у першій половині дня, натще дають кефір, на ніч – склянка кефіру з 1 столовою ложкою рослинної олії.

Спеціального кулінарного оброблення їжа не потребує. У дієті збільшують кількість продуктів, багатих на рослинну клітковину (капуста, буряк, морква, житній хліб) і тих, що посилюють функцію кишок. Підвищено кількість кухонної солі (25 г).

Виключають смажені страви, овочі зі значним вмістом ефірних олій (часник, цибуля, редька, бобові), гриби.

Обмежують макаронні вироби, вироби з тіста, тістечка, жирні сири.

Рекомендовані продукти харчування та страви: у великій кількості свіжі овочі, багаті на рослинну клітковину (капуста, томати, буряк, морква, житній хліб вчорашньої випічки), овочеві та фруктові супи кімнатної температури (холодні страви посилюють перистальтику кишок), круп'яні супи на овочевому, м'ясному або рибному бульйоні, нежирне м'ясо та риба (варені, тушковані, парові), розсипчасті каші (крім пшоняної), велика кількість кисломолочних продуктів, компоти із сухофруктів, свіжих фруктів та ягід, печені яблука, овочі (буряк, морква) у вигляді салатів з рослинною олією та фрукти (сливи, груші, абрикоси), мінеральні води, сир, масло вершкове.

Дієта при гострих та хронічних захворюваннях кишечника з профузними проносами та після операції на кишечнику, а також при гастроентероколіті в періоді спаду гострих запальних явищ

Мета призначення: значне механічне, хімічне та термічне оберігання тонкої та товстої кишок, виключення продуктів, які посилюють перистальтику кишок і бродіння в них.

Режим харчування: дробове, 5–7 разів на день.

Протипоказана холодна, а також надто гаряча їжа. Необхідну кількість рідини хворий одержує за рахунок гарячого чаю, відвару шипшини (до 1,5 л).

Виключають продукти, що подразнюють кишки, послаблюють їхню перистальтику та бродильні процеси в них: свіже молоко, вершки, сметану, ягоди, фрукти і соки з них, солодощі, плавлений сир, овочі з великим вмістом

рослинної клітковини (капусту, буряк, морква, щавель, ріпа, шпинат), макаронні вироби, бобові, копчені та квашені продукти, прянощі.

Обмежують цукор, варення, вершкове масло.

Рекомендовані продукти харчування та страви. Дієта характеризується обмеженням енергетичної цінності за рахунок вуглеводів і жирів, білки дають у межах нижньої границі фізіологічної норми. Сухарі з білого хліба, супи на знежиреному м'ясному або рибному бульйоні з додаванням слизистих відварів (рисового, вівсяного), слизисті каші (рисова, гречана, вівсяна, манна), парові та рибні тюфтельки, котлети, риба і нежирне м'ясо січені, варені або парові, варені яйця, кисіль, відвар шипшини, чорниці, смородини, білі сухарі, чай, какао на воді.

Дієта при хронічних захворюваннях печінки та жовчовивідних шляхів

Мета призначення: сприяння відновленню порушених функцій печінки, стимуляція процесів утворення та виділення жовчі.

Рекомендований 5–6 разовий режим харчування.

Виключають смажені та жирні страви, що містять важкі для перетравлення продукти неповного розщеплення жирів (акролеїни та альдегіди), консервовані та копчені продукти, м'ясні, рибні, грибні супи, сильні стимулятори секреції шлунка та підшлункової залози (молоко, кава, какао, шоколад, гриби, щавель, шпинат, журавлина, соки, ягоди, особливо смородина), екстрактивні речовини, прянощі, тугоплавкі жири, продукти зі значним вмістом холестерину та пуринів (вим'я, нирки, печінка, щавель, шпинат).

Рекомендовані продукти харчування та страви. Дієта має бути з фізіологічною нормою білків, деяким збільшенням вуглеводів і обмеженням продуктів зі значним вмістом холестерину (тваринні жири, печінка, мозок, яєчні жовтки). У харчовий раціон вводять продукти, що мають ліпотропну дію: рослинну олію з високим вмістом поліненасичених жирних кислот, овочі, фрукти і ягоди як природні джерела вітаміну С, морепродукти з високим вмістом йоду. З тваринних жирів дозволяється тільки вершкове масло, а з рослинних – оливкова олія як жовчогінний засіб, а також соняшникова і кукурудзяна олії. Рекомендуються хліб сірий і білий хліб вчорашньої випічки, сухарі з білого хліба, супи круп'яні на овочевому відварі, нежирне варене м'ясо або парові котлети з нього, варені яйця, кисломолочні продукти, сири, кефір, кисле молоко, напіврідкі каші (гречана, вівсяна), варені овочі, печені яблука, кисіль з фруктів та ягід.

Дієта при гострих формах або загостренні хронічних захворювань жовчовивідної системи та підшлункової залози

Мета призначення: сприяння відновленню порушених функцій печінки та жовчовивідних шляхів, накопичення глікогену в печінці, стимуляція жовчовиділення, обмеження механічного хімічного і термічного подразнення шлунка та кишок.

Режим харчування: невеликими порціями 5–6 разів на день (через 2–2,5 год), останнє споживання їжі не пізніше як за 3 год до сну .

Виключають смажені та жирні страви, що містять важкі для перетравлення продукти неповного розщеплення жирів (акролеїни та альдегіди), консервовані та копчені продукти, м'ясні, рибні, грибні супи, сильні стимулятори секретії шлунка та підшлункової залози (молоко, плавлений сир, кава, какао, шоколад, гриби, журавлина, соки, ягоди, особливо смородина), екстрактивні речовини, прянощі, солодощі, тугоплавкі жири, продукти зі значним вмістом холестерину та пуринів (вим'я, нирки, печінка, щавель, шпинат, бобові).

Обмежують вживання кухонної солі до 10–12 г на добу.

Рекомендовані продукти харчування та страви. Дієта з обмеженням жирів, білків та вуглеводів, вміст ліпотропних факторів підвищений. Харчові продукти такі самі, як при **хронічних захворюваннях печінки та жовчовивідних шляхів**, але рекомендують страви більш механічно подрібнені, більшу кількість солодких страв. Яйця дають тільки у вигляді омлету або суфле, м'ясо та рибу – у вигляді парових тюфтельок та суфле. Сир не дають, а тільки кисломолочні знежирені продукти. М'ясо і риба (нежирні сорти) дозволяються не частіше одного разу на день і лише у вареному і меленому вигляді. У великій кількості дають відвар шипшини.

Дієта при подагрі та уратурії

Мета призначення: сприяння нормалізації пуринового обміну, зниження ендогенного утворення сечової кислоти.

Режим харчування: дробове, 5–6 разів на день, уведення 2–2,5 л рідини (під контролем діурезу) переважно у вигляді чаю, фруктових та ягідних морсів, лужних вод.

Виключають тваринні жири, продукти з високим вмістом пуринових сполук (сало, баранина, яловичий жир, печінка, нирки, шпроти), мозок, ковбасу, підсмажені м'ясо і рибу, міцні бульйони, підливи, приправи, копченості, маринади, консерви, шпинат, щавель, зелений горошок, алкогольні напої, шоколад, каву, какао.

Обмежують кухонну сіль. Хворим із надмірною масою тіла обмежують вуглеводи.

Рекомендовані продукти харчування та страви. Стіл молочно-рослинний. Продукти, які містять основні радикали (овочі, особливо капуста, морква, буряк, фрукти, ягоди, рис, гречана і вівсяна каші, картопля, крім смаженої), молочні та вегетаріанські супи, мед, кавуни, дині, виноград, телятина, варена нежирна яловичина (м'ясо і рибу дають не щодня і тільки у вареному вигляді).

Дієта при гострих та хронічних захворюваннях нирок

Мета призначення: збереження функції нирок, нормалізація впливу на артеріальний тиск та усунення набряків.

Режим харчування: невеликими порціями 5–7 разів на день. Протипоказані надто холодні та надто гарячі страви. Дієта безсольова, кількість білків становить до 80 г за рахунок відвареного м'яса або риби, а також молока, кефіру, сиру. Рідини – до 800–1000 мл на добу. У підвищеній кількості призначають вітаміни С, Р та групи В. Для хворих на амілоїдоз і нефроз призначають дієту з підвищеним вмістом білків (до 140 г), ліпо-тропних факторів, поліненасичених жирних кислот та вітамінів.

Виключають гострі страви, м'ясні та рибні міцні бульйони, прянощі, каву, какао, шоколад, бобові, смажене м'ясо та рибу, креми, газовані та алкогольні напої, пиво.

Обмежують кухонну сіль до 3–5 г на добу, рідину до 800–1000 мл. Вершки, сметана, білки – до 80 г.

Рекомендовані продукти харчування та страви. Супи вегетаріанські з овочів та круп, парові котлети з телятини або курятини, фрукти, овочі та фрукти запечені, варені і свіжі, вінегрет, каші (гречана, вівсяна, манна), мед, варення, виноград, молоко, кисломолочні продукти, соки, масло вершкове, рослинна олія.

Дієта при ожирінні за відсутності інших захворювань, що потребують лікувального харчування

Мета призначення: вплив на обмін речовин для запобігання або виключення надмірного відкладання жиру.

Режим харчування: часте споживання малокалорійної їжі у достатньому обсязі, що усуває відчуття голоду. Загальна калорійність зменшується на 20–50 % залежно від ступеня ожиріння та фізичної активності, за рахунок вуглеводів і частково жирів, вміст білків вищий за фізіологічну норму. Помірно обмежують введення рідини (до 1000 мл). Рекомендовані так звані розвантажувальні дні (молочні або ягідні). Вітамін С – у підвищеній кількості, інші вітаміни – в межах фізіологічної норми.

Виключають жирні сорти м'яса; макаронні, борошняні та кондитерські вироби; варення, прянощі, гострі приправи, що збуджують апетит; квашені продукти, копченості, каву, какао, шоколад.

Обмежують кухонну сіль до 5–8 г на добу, рідину до 1000 мл, вершки, сметану, вершкове масло, картоплю, каші (крім гречаної), білий хліб.

Рекомендовані харчові продукти та страви. Вегетаріанські супи, багато варених та тушкованих овочів (кабачки, гарбузи, капуста, буряки, морква), молоко та кисломолочні продукти, знежирені сири, нежирні м'ясо та риба, гречана каша, сирі фрукти та ягоди. Заправляти супи та каші слід олією, замість цукру слід вживати ксиліт, сорбіт.

Дієта при цукровому діабеті без ускладнень

Мета призначення: створення умов, що підтримують позитивний вуглеводний баланс, запобігання порушенням жирового та білкового обміну у хворого на цукровий діабет.

Режим харчування: їсти потрібно 5–6 разів на день. Рослинні вуглеводи розподіляти на весь день, на вечір або на ніч слід вжити склянку кефіру або ацидофільного молока з метою зменшення бродильних та гнильних процесів у кишках. Дієта зі вмістом білків, вищим за фізіологічну норму, помірним обмеженням жирів і вуглеводів. Легкозасвоювані вуглеводи (солодощі, торти, тістечка, деякі фрукти та овочі, що містять цукор) виключають. Вводять речовини, які мають ліпотропну дію, рослинну олію (соняшникову, кукурудзяну, оливкову). Кулінарна обробка їжі звичайна. Після ін'єкції інсуліну хворий має отримати їжу, що містить вуглеводи. Хворим на цукровий діабет із супутніми захворюваннями внутрішніх призначають комбіновану дієту.

Виключають варення, солодкий чай, компоти, кондитерські вироби.

Обмежують картоплю, бобові, буряк, моркву, рис, сіль, борошняні та макаронні вироби, манну крупу, продукти, що містять холестерин (яєчні жовтки), деякі фрукти (виноград, кавуни, груші, сливи, банани).

Рекомендовані харчові продукти та страви. Супи на овочевому відварі з овочами і крупами; каша гречана, вівсяна, перлова; нежирні сорти м'яса, риби і птиці; олія, молоко, кефір, молочнокислі продукти, знежирені сири, яйця – не більше одного на день або омлет. Потрібно вживати досить багато овочів (капуста, салат, редис, огірки, кабачки), фруктів та ягід (яблука, цитрусові, смородина); хліб краще чорний житній – не більше 300 г на день.

Дієта при захворюваннях серцево-судинної системи

Мета призначення: створення сприятливих умов для кровообігу, запобігання утворенню набряків або сприяння усуненню вже наявних; покращання виділення азотистих речовин; виключення речовин, що збуджують нервову систему.

Режим харчування: їсти 5–6 разів на день, вечеря має бути за 3 год до сну; дієта містить білки на нижній межі фізіологічної норми, помірно обмежує жири і вуглеводи. Їжу готують без солі, спеціально випікають безсолъовий хліб. Кулінарна обробка з помірним механічним щадінням. Вживання рідини обмежують. Усі продукти протирають і готують у вареному та запеченому вигляді.

Виключають жирні м'ясні та рибні страви, бульйони, смажене м'ясо, овочі, тістечка, торти, печінку, нирки, вим'я, сало, гострі страви, прянощі, квашені продукти, різні консерви, алкогольні напої, какао, шоколад, каву.

Обмежують кухонну сіль (5–6 г), рідина (до 1–1,2 л на добу), м'ясо і рибу – до 50 г на день і тільки у вареному вигляді; овочі і фрукти – у вареному і протертому вигляді, шавель, шпинат, гриби. Вітаміни вводять в організм у вигляді свіжих ягідних і овочевих соків або настою шипшини.

Рекомендовані харчові продукти та страви. Супи круп'яні, овочеві, молочні, фруктові, німецький бульйон 1 раз на тиждень, парові котлети або тофтельки, варена і запечена телятина, курятина, вівсяна та гречана каші,

овочеві салати та вінегрети, фрукти, ягоди і сік із них, споживання великої кількості рослинної олії, молоко, кисломолочні продукти, сир, білковий омлет, пшеничний і житній хліб грубого помелу.

Дієта при хронічних виснажливих хворобах в періоді реконвалесценції (туберкульоз, тяжка анемія, інфекційні хвороби та ін.)

Мета призначення: підвищення імунної реактивності та загальної опірності організму, посилення живлення організму, покращення білкового та вітамінного балансу.

Режим харчування: 5–6 разів на день з рівномірним (окрім вечері) розподілом енергетичної цінності страв.

Виключень та обмежень (крім алкоголю та кави) немає.

Рекомендовані харчові продукти та страви. Збільшена загальна енергетична цінність їжі до 4 000 ккал. Продукти харчування мають бути різноманітними. До харчового раціону включають у достатній кількості зелень, овочі, фрукти, ягоди, оскільки в них, окрім вітамінів, міститься багато кальцію. Рекомендовано молочні продукти, також багаті на солі кальцію. Не менше половини білків має надходити з м'ясними, рибними і молочними продуктами у будь-якому вигляді. Кулінарна обробка звичайна, зі збереженням азотистих екстрактивних речовин, для збудження апетиту можна давати прянощі, дозволяються солодощі.

Дієта при захворюваннях нервової системи

Мета призначення: оберігання нервової системи (не подразнювати нервову систему).

Загальна характеристика: дієта змішана з обмеженням вживання гострих страв, приправ, м'яса, вуглеводів, жирів та солі.

Виключають збуджувальні речовини: міцний чай, каву, шоколад, гострі та смажені страви, алкогольні напої, свіжий хліб, жирні сорти м'яса та риби, ковбаси, напівфабрикати, консерви, яйця смажені та варені круто, щавель, редьку, часник, ріпчасту цибулю, редис, огірок, будь-які гострі соуси.

Збільшують кількість продуктів, багатих на фосфорні солі – печінки, бобових, молочні продукти, молоко.

Рекомендований 5-разовий режим харчування. За хімічним складом: білки – 80–90 г/добу, з них 55–60 % тваринного походження; жири – 70 г/добу, з них 70 % рослинного походження, вуглеводи – 350 г/добу, солі – 6г/добу; енергетична цінність – 2 300–2 400 ккал.

Рекомендовані харчові продукти та страви: підсушений або вчорашній хліб та сухе печиво, нежирні сорти м'яса та риби, усі види круп, пудинги, супи, не гострі овочі (картопля, буряк, морква, гарбуз, кабачки, капуста, помідори), свіжі фрукти та сухофрукти, сметанні, томатні, овочеві негострі соуси; овочеві та фруктові соки, відвар з шипшини, трав'яні чаї.

Дієта при гострих інфекційних хворобах, лихоманці

Мета призначення: підтримання загального стану організму шляхом посиленого харчування в гарячковий або післяопераційний період.

Режим харчування: невеликими порціями 6–8 разів на день, їжа може бути гарячою або теплою, при гіперпірексії – охолодженою. Якщо стан хворого тяжкий і вдень він багато спить, то його годують, коли він прокинеться, і навіть уночі.

Виключають смажені, гострі страви, жирне м'ясо і риба, сало, каву, алкогольні напої.

Обмежують кухонну сіль по 8 г на добу, овочі зі значним вмістом клітковини (капусту, буряки, редьку).

Рекомендовані харчові продукти та страви. Хворому дають багато рідини (до 2 л у вигляді соків, відвару шипшини, компотів). Страви мають бути рідкими або напіврідкими, німці рибні та м'ясні бульйони, хліб білий учорашньої випічки, білі сухарі, суп-пюре з каш на овочевому бульйоні, слизисті каші, некруто зварені яйця, молоко, вершки, сметана, кисломолочні продукти.

Дієта при сечокам'яній хворобі, фосфатурії

Мета призначення: сприяти відновленню кислої реакції сечі, таким чином запобігаючи випаданню осаду фосфатів.

Режим харчування: 4–5 разів на день. Пити багато рідини до 1,5–2 л. Кулінарна обробка їжі звичайна.

Виключають і обмежують продукти, що містять багато фосфору та кальцію: молоко, сир, кава, какао, шоколад, бобові, міцні бульйони.

Рекомендовані харчові продукти та страви, які сприяють зміні реакції сечі на кислу: фрукти, ягоди, соки з них, нежирні м'ясо і риба, гречана, вівсяна, рисова каші, мед, варення, мармелад.

Дієта при різних захворюваннях у періоді реконвалесценції при нормальному стані органів травлення

Мета призначення: в умовах лікувального закладу забезпечити харчування хворого за фізіологічними нормами.

Режим харчування: 4–5 разів на день.

Виключають продукти, які важко перетравлюються: жирну баранину, свинину, теляче, бараняче та свиняче сало, солодке тісто, свіжий хліб.

Обмежують гострі страви, прянощі, кава, какао, шоколад

Рекомендовані харчові продукти та страви. Нежирні м'ясо та риба будь-якої кулінарної обробки, різні молочні продукти, овочі, картопля у вигляді різних страв та гарнірів, овочеві салати, фрукти, ягоди, соки та компоти з них.

Дієта при черепно-мозковій травмі, порушенні мозкового кровообігу, напівсвідомому стані

Режим харчування: дають рідкі та желеподібні справи часто, малими порціями вдень та вночі протягом 2–3 днів.

Виключають цільне молоко.

Рекомендовані харчові продукти та страви. Чай з цукром, фруктовий та ягідний кисіль, відвар шипшини з цукром, желе, розведені солодкою водою соки із свіжих ягід та фруктів, німецький бульйон, рисовий відвар, нежирний кефір.

Індивідуальні дієти показані хворим з певними варіантами перебігу тих чи інших захворювань. Страви для таких хворих готують окремо. Прикладами такого харчування є наступні.

Елімінаційні дієти застосовують при алергічних захворюваннях, коли з раціону повністю виключають продукти, які можуть викликати алергію: цитрусові, горіхи, шоколад, какао, рибу, ікру з риби, курячі яйця, суніці, полуниці. Варіанти елімінаційної дієти: безмолочна, коли у хворого алергія на молоко та різні вироби з нього; беззлакова (агліадинова), коли у хворого алергія на продукти харчування, виготовлені зі злаків.

Гематологічні дієти призначають при хворобах, що супроводжуються підвищеною кровоточивістю, у період загострення таких захворювань, як гемофілія, тромбоцитарна пурпура. Усі страви подають у протертому, напіврідкому вигляді, негарячими, з дієти виключають екстрактивні речовини, цитрусові, какао, рибу, дають багато молочних продуктів, особливо сир, оскільки вони вміщують багато солей кальцію, які мають кровоспинну дію.

Тема 3. Симуляція індивідуального захисту медичних працівників з урахуванням ступеня інфекційної небезпеки (засоби, показання до застосування, правила та послідовність одягання і знімання)

Актуальність теми. За останні роки на епідеміологічній арені помітно проявили себе збудники як вже відомих захворювань, так і тих, які з'явилися нещодавно (COVID-19, ВІЛ-інфекція, мікоплазмози, кампілобактеріоз тощо). Відмічається зростання захворюваності на соціально обумовлені інфекції, в боротьбі з якими раніше було досягнуто значних успіхів: туберкульоз, сифіліс, малярію, дифтерію. Умови воєнного стану вносять свої особливості щодо як попередження захворюваності на фронті серед військових, так і серед населення, яке зазнає суттєвих міграційних змін. Набули широкого розповсюдження внутрішньолікарняні інфекції. Основні причини добре відомі: порушення протиепідемічного режиму, низька санітарна культура персоналу, формування антибіотикостійких госпітальних штамів, відставання в розробці сучасних дезінфектантів і стерилізаційного обладнання. Поширеність госпітальних інфекцій серед медичних працівників є проблемою, особливо важливою на сьогоднішній день.

Загальна мета: вивчення основних способів та засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) для медичних працівників (МП) з урахуванням ступеня інфекційної небезпеки захисту в умовах загрози її виникнення. Формування вмінь та навичок необхідних працівникам для використання ЗІЗ.

Якщо Ви пересвідчилися, що Ваш вхідний рівень знань відповідає вимогам цілей початкового рівня, переходьте до засвоєння теоретичних питань теми.

Теоретичні питання:

- поняття про внутрішньолікарняні інфекції;
- профілактика внутрішньолікарняних інфекцій як складова охорони праці в медицині;
- поняття про небезпечні інфекційні захворювання;
- поняття про засоби індивідуального захисту для медичних працівників;
- типи засобів індивідуального захисту для медичних працівників залежно від рівня інфекційної загрози;
- техніка використання засобів індивідуального захисту для медичних працівників;
- ступені інфекційної небезпеки (залежно від біологічних агентів);
- показання до застосування ЗІЗ;
- правила та послідовність одягання і знімання ЗІЗ.

Практичні навички:

- оцінити рівень інфекційної небезпеки;
- оволодіти технікою використання ЗІЗ для медичних працівників;

- оцінити необхідність заміни ЗІЗ для медичних працівників;
- продемонструвати навички утилізації використаного ЗІЗ;
- підготувати необхідне устаткування для проведення заміни ЗІЗ.

Внутрішньолікарняна інфекція (ВЛІ) – це будь-яке клінічно виражене захворювання мікробної етіології, яке уражає хворого під час госпіталізації або відвідування лікувальних установ, а також медперсонал у процесі його професійної діяльності, незалежно від того, виявляються чи не виявляються симптоми цього захворювання під час перебування даних осіб у лікувальному закладі (до 3 днів після виписування зі стаціонару). У закладі охорони здоров'я з метою контролю внутрішньолікарняних інфекцій створюється комісія з профілактики ВЛІ, повноваження якої поширюються на всі підрозділи та служби.

Найчастіше збудниками внутрішньолікарняних інфекцій є резистентні до антибіотиків штами золотистого стафілокока, синьогнійної палички, протей, кишкової палички, клебсієл, серрацій, грибів кандиди, а також різні асоціації зазначених мікробів. Джерелами внутрішньолікарняних інфекцій у стаціонарах є хворі з гострими і хронічними формами гнійно-септичних захворювань і безсимптомні носії патогенних мікроорганізмів серед хворих та персоналу.

Залежно від локалізації збудника виділення його з організму хворого або носія відбувається через різні органи і тканини, дихальні шляхи, шлунково-кишковий тракт, сечостатеви́й шлях та ін.

Поширення збудників внутрішньолікарняних інфекцій відбувається двома шляхами: повітряно-краплинним і контактним. Основними факторами передачі є руки, повітря, численні об'єкти зовнішнього середовища (білизна, перев'язувальний матеріал, інструментарій, апаратура тощо).

Небезпека внутрішньолікарняної інфекції

- 1) для хворого:
 - обтяжується перебіг основного захворювання;
 - летальність при генералізованій формі до 60 %;
- 2) для охорони здоров'я і держави:
 - порушення роботи стаціонару, аж до тимчасового закриття;
 - збільшення часу перебування хворого в стаціонарі (в середньому один випадок ВЛІ подовжує термін перебування хворого в лікарні на 13–17 ліжко-днів);
 - додаткові витрати на лікування хворих, роботу персоналу та ін.

Шляхи передачі внутрішньолікарняної інфекції:

- аерозольний (повітряно-краплинний і повітряно-пиловий);
- контактний (через інструменти, білизну, меблі);
- парентеральний (при введенні ліків);
- фекально-оральний (брудні руки);
- аліментарний (через їжу).

Основні причини зростання внутрішньолікарняної інфекції на сьогодні:

- ослаблення природного імунітету населення внаслідок несприятливої екологічної ситуації;
- значне збільшення серед госпіталізованих осіб із груп підвищеного ризику;
- концентрація великої кількості хворих і персоналу в багатоповерхових будівлях;
- ускладнення операційних втручань, збільшення їх тривалості й травматичності, широке застосування ендоскопічної апаратури, яка погано піддається стерилізації;
- недостатньо обґрунтоване застосування антибіотиків;
- недостатньо ретельне знезараження ін'єкційного та іншого інструментарію;
- збільшення тривалості перебування хворого в стаціонарі;
- ослаблення уваги до чіткого дотримання гігієнічного та санітарно-протиепідемічного режимів у стаціонарах.

Профілактика внутрішньолікарняних інфекцій

1) архітектурно-планувальні заходи:

- раціональне розміщення та зонування ділянки;
- забезпечення ізольованості палатних секцій, відділень, операційних, кабінетів, палат;

2) чітке дотримання санітарно-протиепідемічного режиму:

- оптимальний мікроклімат, ефективна вентиляція, регулярна санація повітряного середовища;
- проведення медичного контролю за станом здоров'я персоналу;
- якісна дезінфекція та стерилізація обладнання, білизни та ін.;
- регулярний контроль бактеріального забруднення об'єктів навколишнього середовища;
- виявлення та ізоляція інфекційних хворих;
- дотримання правил особистої гігієни персоналом та хворими;

3) підвищення резистентності хворих і персоналу:

- оптимальний режим праці та відпочинку;
- раціональне харчування;
- достатнє перебування на свіжому повітрі;
- планова та екстрена імунізація.

При контакті з пацієнтом медичний персонал повинен одягати гумові рукавички, а також проводити гігієнічну, хірургічну обробку рук та звичайне миття рук.

Гігієнічну обробку рук персоналу, встановлених наказом МОЗ України «Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу» від 21 вересня 2010 р. № 798. Під час виконання маніпуляцій та операцій, що супроводжуються утворенням бризок крові, секретів та екскретів медичний персонал надягає маску,

засоби для захисту очей (окуляри, щитки). При забрудненні будь-яких засобів індивідуального захисту їх потрібно замінити. Забороняють надягати ковпачки на використані голки. Кожен співробітник, який приходить на роботу у відділення, проходить наступне:

- повний медичний огляд, що включає огляд оториноларингологом і стоматологом, бактеріологічне дослідження мазків зі слизової носоглотки і наявність патогенного стафілокока;

- короткий інструктаж із проведення основних санітарно-протиепідемічних заходів на дорученій йому ділянці роботи.

Весь працюючий персонал підлягає диспансерному нагляду для виявлення та лікування каріозних зубів, хронічних запальних захворювань носоглотки, а також для виявлення носіїв патогенного стафілокока. При виникненні внутрішньолікарняних інфекцій серед хворих проводять позачерговий медичний огляд всього персоналу відділення, а також позачергове бактеріологічне дослідження на носійство.

Небезпечні інфекційні захворювання

Для потреб епідеміологічного нагляду впроваджуються наступні групи.

Група 1. Інфекційні хвороби, що мають/можуть мати міжнародне значення та вимагають негайного реагування. До зазначеної групи відносяться хвороби, у разі ідентифікації (випадку/спалаху) яких чи виникнення потенційної загрози їх завезення на територію України (спалах у сусідніх країнах, посилена міграція населення з ендемічних країн, переміщення інфікованих чи контамінованих товарів, багажів, вантажів, транспортних засобів, поштових посилок, людських останків) вживаються негайні оперативні заходи реагування (вірусні геморагічні гарячки нестановленої етіології, віспа (натуральна), вірус Зіка, гарячка Денге, гострий поліомієліт, грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу, жовта гарячка, малярія, менінгококова інфекція та ін.). За інфекціями цієї групи на рівні країни та/або відповідних адміністративно-територіальних одиниць органи, в повноваження яких входить епідеміологічний нагляд, розробляють оперативні плани реагування та розрахунки потреби у необхідних ресурсах.

Група 2. Інфекційні хвороби, що можуть викликати значний рівень захворюваності/смертності (пневмококові інфекції, у т. ч. пневмонія стрептококова, групи В, правець, лейшманіоз, лептоспіроз, лістеріоз, лямбліоз та ін.). Метою епідеміологічного нагляду за вказаними інфекційними хворобами є розробка та проведення специфічних заходів для забезпечення посиленого захисту здоров'я населення: попередження виникнення та розповсюдження захворювань, зменшення рівнів захворюваності та смертності.

Група 3. Інфекційні хвороби та/або стани, щодо ідентифікації яких відсутні ефективні методи епідеміологічного нагляду (спостереження). До зазначеної групи відносяться захворювання, щодо яких вживають заходи поступового охоплення епідеміологічним наглядом (токсоплазмоз, трихінельоз, *Naemophilus influenzae* та ін.). Інфекційні хвороби вказаної групи потре-

бують розробки та застосовування заходів епідеміологічного нагляду (спостереження) та реагування щодо їх подолання та запобігання їх поширенню.

Засоби індивідуального захисту

Засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) обирають з огляду на характер взаємодії з пацієнтом та потенційний шлях інфікування. У медицині ЗІЗ використовують для захисту слизових оболонок, дихальних шляхів, шкіри й одягу від контакту з інфекціями. Кожен медичний працівник повинен вміти користуватися засобами індивідуального захисту, оцінювати ризики та вирішувати, який саме засіб і коли застосовувати. Керівники закладів охорони здоров'я повинні організувати навчання працівників та забезпечити їх необхідною кількістю ЗІЗ. Учасники навчань мають засвоїти правила вибору, одягання, знімання та утилізації цих засобів. ЗІЗ, якими користуються медичні працівники, повинні відповідати вимогам державних стандартів.

Засоби індивідуального захисту слід використовувати у разі неможливості уникнення або достатнього обмеження ризиків для життя та здоров'я працівників завдяки технічним засобам колективного захисту або заходам, методам чи правилам організації роботи. У медицині ЗІЗ використовують для захисту слизових оболонок, дихальних шляхів, шкіри й одягу від контакту з інфекціями. Кожен медичний працівник має вміти користуватися ЗІЗ, оцінювати ризики та вирішувати, який саме засіб захисту й коли застосовувати. Медичні працівники використовують ці засоби виключно за призначенням згідно з інструкціями з експлуатації, які мають бути зрозумілими для них.

Нормативне регулювання

З 15 січня 2019 р. порядок забезпечення працівників засобами індивідуального захисту врегульовано Мінімальними вимогами безпеки і охорони здоров'я при використанні працівниками засобів індивідуального захисту на робочому місці, які затверджені наказом Мінсоцполітики від 29.11.2018 № 1804 (*далі – Вимоги*). Згідно з Вимогами, на роботах зі шкідливими та небезпечними умовами праці, а також пов'язаних із забрудненням, або тих, що здійснюються в несприятливих метеорологічних умовах, працівникам видають спеціальний одяг, спеціальне взуття та інші ЗІЗ за встановленими нормами. Роботодавець зобов'язаний за свій рахунок придбати, видати та утримувати засоби індивідуального захисту.

Норми видачі засобів індивідуального захисту та забезпечення санітарним одягом залежать від спеціалізації медичного персоналу. Так, працівників операційних, пологових і післяпологових палат, перев'язувальних та гіпсувальних кімнат (лікарі та молодші спеціалісти з медичною освітою) безплатно забезпечують черговими ЗІЗ, до яких входять наступні:

- фартух непромокальний;
- рукавички гумові.

Для роботи в операційних із електроінструментами видають:

- калоші діелектричні;
- для роботи з кварцовими лампами – захисні окуляри.

Медикам, що працюють у процедурних кабінетах, гінекологічних, шкірно-венерологічних, хірургічних, урологічних та стоматологічних відділеннях, а також медичному персоналу кабінетів мають безплатно видавати непромокальний фартух та гумові рукавички.

Забезпечення ЗІЗ медпрацівників під час епідемії COVID-19

Керівники закладів охорони здоров'я повинні організувати навчання працівників та забезпечувати їх необхідною кількістю ЗІЗ. Учасники навчань мають засвоїти правила, як обирати, надягати, знімати та утилізувати засоби захисту.

Для захисту медпрацівників від коронавірусної інфекції використовують такі засоби:

- маску;
- респіратор;
- халат;
- рукавички;
- захисний щиток/окуляри.

Зверніть увагу! Засоби індивідуального захисту, які використовують медичні працівники, мають відповідати вимогам державних стандартів.

Костюм біобезпеки. М'який та легкий, з проклеєними або звареними (герметичними) швами, трикотажними манжетами на руках або петлею для пальців, антистатичною обробкою і поєднуватися із іншими ЗІЗ (рис. 6). Також він має бути водостійким, світлого кольору, з довгими рукавами та довжиною до щиколоток. Його надягають з бахілами, щоб захистити шкіру та одяг від біологічних виділень пацієнта під час аерозольно-генеруючих процедур, дезінфекції або при близькому контакті з людиною з підозрілим або підтвердженим випадком COVID-19. Відповідність ДСТУ EN 14126:2008 та ДСТУ EN 13034:2017, ДСТУ EN 14605:2017.



Рис. 6. Костюм біобезпеки



Рис. 7. Халат ізоляційний медичний одноразовий

М'який та легкий, з проклеєними або звареними (герметичними) швами, трикотажними манжетами на рукавах або петлею для пальців, антистатичним обробленням і поєднується з іншими типами ЗІЗ (рис. 7). Халат має бути водостійкий, світлого кольору, з довгими рукавами та довжиною до середини литок, з ремінцями, що фіксуються на талії та шиї. Як і костюм, халат надягають, щоб захистити шкіру та одяг від біологічних виділень пацієнта під час аерозольно-генеруючих процедур, дезінфекції або коли є близький контакт із людиною з підозрілим або підтвердженим випадком COVID-19. Відповідність ДСТУ EN 14126:2008 та ДСТУ EN 13034:2017, ДСТУ EN 14605:2017.



Рис. 8. Хірургічна маска

Маска призначена для зменшення виділення збудників інфекційних хвороб із дихальних шляхів. Маску необхідно надягати пацієнтам, щоб зменшити поширення інфекцій у закритих приміщеннях, або тим, хто працює в асептичних умовах, наприклад, проводить операції.

Хірургічна маска захищає медиків від потрапляння великих крапель та бризок біологічних рідин пацієнта на слизові.

Маску слід використовувати у наступних випадках:

- при контакті з пацієнтами, які мають симптоми застуди або підозру на інфекцію, що передається краплинно-аерогенним шляхом, маска обмежить потенційне розповсюдження респіраторних виділень;
- медичні працівники мають надягати маску, щоб захиститися під час надання медичної допомоги і за наявності ризику утворення великих крапель та бризок біологічних рідин пацієнта (кашель у пацієнта з бронхоекстатичною хворобою легень, промивання хірургічної рани тощо);
- медичні працівники мають надягати маску під час процедур і маніпуляцій, які вимагають стерильності, щоб захистити пацієнта від можливих інфекцій.

Також маску слід надягати:

- хворим, які мають респіраторні симптоми (кашель, нежить);
- здоровим людям, які перебувають у місцях великого скупчення, з метою додаткового захисту.

Маска попереджує зайві доторкання руками до обличчя. Ризик занесення інфекції на слизові значно зменшується.

Халат ізоляційний медичний одноразовий.

М'який та легкий, з проклеєними або звареними (герметичними) швами, трикотажними манжетами на рукавах або петлею для пальців, антистатичним обробленням і поєднується з іншими типами ЗІЗ (рис. 7). Халат має бути водостійкий, світлого кольору, з довгими рукавами та довжиною до середини литок, з ремінцями, що фіксуються на талії та шиї. Як і костюм, халат надягають, щоб захистити шкіру та одяг від біологічних виділень пацієнта під час аерозольно-генеруючих процедур, дезінфекції або коли є близький контакт із людиною з підозрілим або підтвердженим випадком COVID-19. Відповідність ДСТУ EN 14126:2008 та ДСТУ EN 13034:2017, ДСТУ EN 14605:2017.

Хірургічні маски. Виготовлені із гіпоалергенного нетканого матеріалу без запаху. Зовнішня та внутрішня поверхні повинні бути різного кольору, на резинках, з фіксатором на переніссі (рис. 8). Маски не повинні перешкоджати вільному диханню. Відповідність ДСТУ EN 14683:2014.

Техніка надягання маски: закиньте гумки за вуха, розправте маску, щоб вона прикривала ніс та рот, обтисніть носову пластину.

Маску слід змінювати, щойно вона стала вологою.

Не можна чіпати зовнішню частину маски руками. Якщо доторкнулися, помийте руки з милом чи обробіть спиртовмісним антисептиком.

Маску слід змінювати кожні чотири години.

Не можна використовувати маску повторно.

Не можна використовувати марлеві маски, вони не забезпечують належного рівня захисту.

Техніка знімання маски: не торкайтеся її зовнішньої поверхні – зніміть маску за гумки, згорніть і викиньте у смітник.

Респіратори класу захисту FFP2 та вище (англ. *filtering facepiece respirator* – фільтрувальний респіратор для обличчя). Респіратори призначені для захисту від дрібнодисперсних аерозолів (рис. 9). Максимальний захист від твердих та рідких аерозолів при гранично допустимій концентрації (ГДК) до 12 для FFP2 та до 50 ГДК для FFP3. Респіратор повинен бути виготовлений із нетканого фільтрувального матеріалу, оснащений носовим затискачем (носовою кліпсою) та носовим обтюратором.



Рис. 9. Респіратори

Внутрішня частина респіратора має бути виготовлена із м'якого гіпоалергенного нетканого матеріалу. Респіратор повинен відповідати вимогам ДСТУ EN 149:2017 «Засоби індивідуального захисту органів дихання. Фільтрувальні півмаски для захисту від аерозолів. Вимоги, випробування, маркування». Ще одна назва респіраторів – протиаерозольні респіратори. Їх потрібно використовувати під час роботи з пацієнтами, що мають інфекції із повітряно-краплинним шляхом передавання: туберкульоз, кір, вітряну віспу тощо.

Під час деяких процедур (бронхоскопія, інтубація трахеї, санація трахеобронхіального дерева, збір мокротиння тощо) патогенні мікроорганізми потрапляють у повітря з дуже маленькими часточками – дрібнодисперсним аерозолем. Хірургічна маска не може захистити від їх вдихання. У цих випадках потрібно використовувати респіратори класів захисту FFP3 і FFP2.

Респіратори слід використовувати і для догляду за пацієнтами, що мають інфекцію з невідомими шляхами передавання.

Під час догляду за пацієнтом з коронавірусною інфекцією медичним працівникам рекомендовано використовувати респіратор класу захисту не нижче FFP2.

Техніка надягання респіратора:

- довге волосся треба зібрати у хвіст, чоловікам – поголитися;
- якщо носите окуляри, їх варто зняти, а руки обробити;
- заведіть гумки на передню частину респіратора та просуньте долоню під ними;
- прикладіть чашу респіратора до обличчя, верхню гумку перекиньте на потилицю, нижню – за вуха;
- розправте респіратор на обличчі, обтисніть носову пластину пальцями обох рук;
- перевірте, щоб гумки респіратора не перехрещувалися – для цього достатньо подивитися на себе в дзеркало.

Після кожного надягання треба робити так званий тест долоні: тримайте руки перед респіратором і зробіть різкий вдих або видих. Якщо відчули, що повітря проходить між респіратором та шкірою, треба поправити респіратор на обличчі.

Пам'ятайте, що респіратори не забезпечують надійного захисту негненим людям, особливо тим, хто має бороду.

Під час догляду за хворими, які мають інфекції із контактним або краплинним шляхом передавання, зовнішня поверхня респіратора може забруднитися мікроорганізмами. Тому їх можна використовувати лише як одноразовий засіб. Також слід замінити респіратор, щойно він став вологим. Звичайно виробники респіраторів зазначають максимальний термін використання – не більше 8 год безперервної роботи чи одна робоча зміна.

Медичні працівники, які допомагають хворим з інфекційними захворюваннями, що передаються краплино-повітряним шляхом, обов'язково мають проходити Фіт-тест (тест для перевірки щільності прилягання респіратора до обличчя користувача). Такий тест потрібно робити хоча б раз на рік.

Захисні окуляри. Прозорі пластикові лінзи з покриттям від запотівання та захистом від подряпин. Ремінці, що регулюються, забезпечують міцне закріплення (рис. 10). Як альтернатива, може бути гнучка рамка, що легко адаптується до всіх контурів обличчя та розміщується з рівномірним тиском. Захисні окуляри для багаторазового використання мають бути стійкими до очищення та дезінфекції. Відповідність ДСТУ EN 166:2017.



Рис. 10. Захисні окуляри

Захисний щиток повинен повністю закривати обличчя, зокрема, з боків та по довжині. Виготовлений із прозорого пластикового матеріалу з покриттям від запотівання та захистом від подряпин. Ремінець, що регулюється, потрібен для щільного прилягання до голови та зручного носіння (рис. 11). Захисний щиток має бути стійким до очищення та дезінфекції. Відповідність ДСТУ EN 166:2017



Рис. 11. Види захисних щитків

Рукавички неопудрені з нітрилу мають довгу манжету, рукавички без тальку, нітрилові, еластичні, для одноразового використання, є універсальними (рис. 12). Відповідність ДСТУ EN 455-1:2014, ДСТУ EN 16523-1:2018.

Рукавички застосовуються у таких випадках:

- коли є передбачуваний безпосередній контакт з кров'ю або іншими біологічними рідинами, слизовими оболонками та потенційно інфікованими матеріалами;
- коли є безпосередній контакт із пацієнтами, які інфіковані патогенами, що передаються контактним шляхом;
- під час роботи із потенційно забрудненим обладнанням і поверхнями, що використовують під час догляду за хворими.



Рис. 12. Рукавички неопудрені з нітрилу

Рукавички заборонено мити чи обробляти дезінфектантами, щоб використовувати повторно. Мікроорганізми не можуть бути абсолютно видалені з їхньої поверхні, до того ж втрачається цілісність структури рукавичок.

Рукавички надягають останніми з усіх засобів індивідуального захисту, обов'язково поверх манжетів халату.

Техніка знімання рукавичок:

- зачепіть її на рівні долоні іншою рукою в рукавичці та обережно зніміть;
- тримайте зняту рукавичку іншою рукою в рукавичці;
- просуньте пальці руки без рукавички на зап'ясті під рукавичку, що залишилася надягнутою, та зніміть її, загорнувши над першою рукавичкою.

Послідовність надягання та знімання ЗІЗ

Для правильного використання та зниження ризиків інфікування необхідно знати послідовність надягання засобів індивідуального захисту.

ЗІЗ надягають у такій послідовності:

халат → маска чи респіратор → захисні окуляри або щиток → рукавички

Лікувальний заклад повинен забезпечувати засобами індивідуального захисту медичних працівників, які в ньому працюють, згідно з наказом Міністерства соціальної політики від 29.11.2018 № 1804 «Про затвердження Мінімальних вимог безпеки і охорони здоров'я при використанні працівниками засобів індивідуального захисту на робочому місці», пункт 1, розділ 2.

Дезінфекційні розчини ефективні проти вірусу SARS-CoV-2

Для дезінфекції в осередках забруднення коронавірусом, який спричиняє захворювання COVID-19, рекомендовано використовувати дезінфекційні засоби зі специфічною активністю проти РНК-вмісних ліпофільних вірусів. Вона визначається під час державної реєстрації дезінфекційного засобу. Слід дотримуватись концентрації дезінфекційного засобу та часу експозиції, які рекомендовані виробником. Проти коронавірусу SARS-CoV-2 ефективні хлорвмісні засоби, перекис водню та дезінфекційні засоби зі вмістом спирту не менше 60 %.

Респіратори класу захисту FFP2 та вище в лікувальному закладі, який надає медичну допомогу хворим на COVID-19, у першу чергу повинні використовувати медичні працівники, що залучені до аерозоль-генеруючих процедур: співробітники реанімаційних та патологоанатомічних відділень, палат інтенсивної терапії. Відповідно до Наказу МОЗ України від 28.03.2020 № 722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)».

Знезараження повітря за допомогою екранованих УФ-опромінювачів не впливає на передавання SARS-CoV-2. Використання екранованих УФ-опромінювачів ефективно для знезараження повітря під час інфекційних захворювань, які передаються повітряним шляхом. Вірус SARS-CoV-2 міститься в доволі великих краплях слизу, які виділяє під час чхання та кашлю хвора людина та які не перебувають у повітрі тривалий час. Відкриті УФ-опромінювачі можна використовувати виключно як додатковий метод, після обробки поверхонь дезінфекційними розчинами.

Тема 4. Симуляція антропометричних вимірювань у дітей різного віку: вимірювання маси та довжини тіла, обводу голови та грудної клітки. Симуляція визначення та оцінки вітальних функцій дитини: методика та техніка визначення пульсу, показників дихання, артеріального тиску та пульсоксиметрії у дітей. Первинна оцінка стану дитини при виявленні ознак, що загрожують життю дитини

4.1. Симуляція антропометричних вимірювань у дітей різного віку

Антропометрія (від грец. *anthropos* – людина і *metreo* – вимірюю) – комплекс методів оцінки групових та індивідуальних морфологічних особливостей тіла дитини. Потреба в антропометричних дослідженнях зумовлюється великою мінливістю розмірів тіла людини, особливо дитини.

Методика антропометричних досліджень уніфікована і передбачає вимірювання тіла стандартними вимірювальними інструментами (ваги, ростоміри, сантиметрова стрічка). Зібрані в процесі антропометричного обстеження дані піддають варіаційно-статистичній обробці і оформляють у вигляді таблиць, графіків і схем. Антропометричні вимірювання доповнюють і уточнюють дані зовнішнього огляду, дають можливість точніше визначити рівень фізичного розвитку дитини. Повторні антропометричні виміри дозволяють стежити за динамікою фізичного розвитку і враховувати його зміни порівнюючи зі стандартом. Зазвичай у дітей визначають такі антропометричні показники фізичного розвитку: довжину (зріст) і масу тіла, обвід голови і обвід грудної клітки.

Систематичний антропометричний контроль дозволяє своєчасно виявити порушення фізичного розвитку дитини (відставання або випередження), які є першими ознаками виникнення або існування будь-якого захворювання. При цьому важливе значення має порядок дій при користуванні різними видами приладів для вимірювання маси та довжини тіла, а техніка проведення антропометричних досліджень розрізняється залежно від віку дитини, а також від її загального стану.

Вимірювання довжини тіла. Під *довжиною* розуміють розмір дитини з голови до ніг при вимірюванні в горизонтальному положенні. Вертикальний вимір цього ж розміру стоячи називається *зріст*.

На першому році життя для вимірювання довжини тіла використовують спеціальний горизонтальний ростомір у вигляді широкої дошки довжиною 80 см и шириною 40 см. З однієї сторони ростоміра нанесені ділення з ціною ділення 1 см. Ростомір має дві горизонтальні планки, одна з яких нерухома, а друга – пересувна і легко рухається по сантиметровій шкалі (рис. 13).



Рис. 13. Ростомір горизонтальний

Порядок вимірювання: дитину кладуть на спину таким чином, щоб її голова впритул торкалася тім'ячком нерухомої горизонтальної планки ростоміра. Голову розташовують і фіксують в положенні, при якому зовнішній край нижнього віка і верхній край зовнішнього слухового проходу знаходяться на одній лінії, перпендикулярно поверхні ростоміра. Ноги дитини випрямляють легким натисканням на коліна лівою рукою; правою – підводять рухому планку ростоміра тісно до підшви випрямлених ніг (рис. 14.). Відстань між рухомою і нерухомою планками відповідає росту дитини. Точність цих вимірювань складає $\pm 0,5$ см.



Рис. 14. Вимірювання довжини тіла дитини першого року життя

У дітей старшого віку зріст вимірюється за допомогою вертикального ростоміра з відкидним табуретом. На вертикальній частині ростоміра нанесені 2 шкали ділення (в см): праворуч – для визначення росту у положенні стоячи (рис. 15 – а), ліворуч – для вимірювання росту в положенні сидячи. Для цього у нижній частині ростоміра є табурет з відкидним сидінням, який прикріплено на рівні 40 см від підлоги (рис. 15 – б). Ростомір має рухому планку, яка фіксується на рівні росту дитини.

Порядок вимірювання: дитина стоїть на площадці ростоміра спиною до вертикальної стойки у випрямленому положенні, торкаючись її п'ятками, сидницями, між лопатковою ділянкою та потилицею; руки опущені вздовж тулуба, п'ятки разом, носки – врізнібіч. Рухома планка прикладається до голови без надавлювання. Зріст тіла дітей від 1 до 3 років доцільно вимірювати, ставлячи їх на відкидне сидіння (показники зросту дивитися на шкалі ліворуч). Необхідно пам'ятати, що між ростом у ранковий і вечірній час існує різниця, іноді до 1–2 см. Також для вимірювання зросту та ваги використовують ростомір у більш сучасній модифікації (рис. 16).



Рис. 15. Вимірювання росту дітей старшого віку:
а) стоячи, б) сидячи



Рис. 16. Вертикальний ростомір та ваги

Масу тіла дітей раннього віку визначають на спеціальних дитячих механічних (рис. 17) або електронних (рис. 18) вагах з максимально допустимим навантаженням до 20 кг і точністю вимірювання 5 г. Зважування проводиться вранці, після сечовипускання і дефекації.

При зважуванні дитини до 1 року спочатку кладуть на лоток пелюшку, потім дитину головою на широку частину лотка. Визначають масу тіла дитини разом із пелюшкою, після чого показник маси пелюшки слід відняти. Класти дитину на ваги і знімати з них можна тільки при закритих коромислах ваг, стоячи лицем до шкали ваг (рис. 17 – а). Показання знімаються з того боку гирі, де є насічки; нижню гирю необхідно розміщати тільки в існуючому на нижній шкалі гнізді.

Зважування дитини на електронних вагах має свої особливості. Електронні ваги складаються з ложки (чаші), платформи з кнопками для регулювання, дисплея, на якому відображаються результати вимірювання (рис. 18 – а). Функціонально ці ваги дають можливість перемикати одиниці виміру (кг/фунти/унції), дозволяють скидати (не враховувати) вагу пелюшок (кнопка «TARE»), фіксувати вагу в момент мінімального ворушіння дитини (кнопка «HOLD») та автоматично відключатися. Ваги підходять для зважування новонароджених, недоношених дітей, а також дітей до досягнення ними ваги 20 кг (приблизно до 4 років).

Перед зважуванням електронні ваги встановлюють на горизонтальній, рівній та твердій поверхні – це є обов'язковою умовою точності виміру. Розміщувати дитину на вагах слід головою в одну і ту ж сторону, це підвищить точність зважування, якщо необхідно контролювати масу в динаміці. Дітей на першому році життя краще зважувати лежачи (рис. 18 – а), пізніше – сидячи.

		
<p>Рис. 17. Ваги механічні кориточні, дитячі</p>	<p>Рис. 17 – а. Зважування дітей на різних видах механічних кориточних вагах</p>	
		
<p>Рис. 18. Електронні дитячі ваги</p>	<p>Рис. 18 – а. Зважування дітей на електронних вагах</p>	

Дітей після трьох років зважують стоячи на механічних (рис. 19) або електронних важільних вагах (рис. 20). Під час зважування дитина, яку слід перед тим роздягнути, повинна встати нерухомо на середину площадки ваг. Зважування рекомендується проводити зранку, натще, бажано після сечовипускання і дефекації.

Також для зважування дітей старшого віку проводять використовуючи спеціальні медичні ваги (рис. 21) з точністю до 50 г.



Рис. 19. Ваги механічні підлогові



Рис. 20. Ваги електронні підлогові



Рис. 21. Зважування дітей старшого віку на механічних вагах

Обвід голови вимірюють сантиметровою стрічкою, яку проводять ззаду через найбільш видатну точку потиличного горба, а спереду – по надбрівних дугах (рис. 22, 23).



Рис. 22. Вимірювання обводу голови новонародженому



Рис. 23. Вимірювання обводу голови в дітей першого року

Обвід грудної клітки вимірюють дитині в стані спокою. У дітей першого року життя вимірювання проводять у положенні лежачи на спині і вимірювальну стрічку накладають ззаду під кутами лопаток, а спереду – по навколососкових кружках або на рівні 4-го ребра (рис. 24).



Рис. 24. Вимірювання обводу грудної клітки у дітей першого року

На відміну від дітей раннього віку, в старших дітей обвід грудної клітки вимірюють стоячи при спокійному диханні (руки опущені, дихання спокійне) та, по можливості, на висоті вдиху та при повному видиху (рис. 25 – а, б, в). У дівчаток пубертатного віку спереду вимірювальну стрічку накладають над молочними залозами, що буде відповідати четвертому ребру.



а)



б)



в)

Рис. 25. Вимірювання обводу грудної клітки в старших дітей:

а) при спокійному диханні, б) на висоті вдиху, в) при повному видиху

4.2. Симуляція визначення та оцінки вітальних функцій дитини: методика та техніка визначення пульсу, показників дихання, артеріального тиску та пульсоксиметрії у дітей

Існують певні показники, які дозволяють робити висновки щодо того, наскільки добре працюють життєво важливі системи дитини. Це вітальні функції. Проводити їх дослідження та оцінку повинен вміти кожен медичний працівник. Вітальні функції – це функції життєзабезпечення організму дитини, до яких відносяться діяльність дихальної та серцево-судинної систем. Іноді до них також включають і стан обміну речовин – гомеостазу.

Оцінка вітальних функцій людини – це вимір трьох найважливіших показників:

- частота дихання;
- частота пульсу;
- кров'яний, артеріальний тиск.

Підрахунок частоти дихання у дітей. Для підрахунку частоти дихання можна користуватися одним з трьох способів: 1) візуальним, 2) пальпаторним, 3) аускультативним. При огляді візуально звертається увага на тип дихання.

У дітей раннього віку спостерігається черевний тип дихання. У хлопчиків він таким залишається, а у дівчаток з 5–6-річного віку з'являється грудний тип дихання.

Візуальний метод застосовується у дітей раннього віку при наявності задишки. Найкраще визначення частоти дихання необхідно проводити, коли дитина знаходиться в стані спокою або спить, протягом 1 хв. У новонароджених і маленьких дітей можна користуватися для підрахунку числа подихів стетоскопом, раструб якого тримають біля носа дитини (рис. 26).

У дітей старшого віку при пальпаторному способі необхідно покласти долоню на живіт або грудну клітку дитини і підрахувати за допомогою секундоміра кількість дихальних рухів за 1 хв (рис. 27). Потім слід порівняти отримані дані за віковою нормою (табл. 1) та записати у медичній документації.



Рис. 26. Підрахунок частоти дихання у дитини грудного віку



Рис. 27. Підрахунок частоти дихання у дитини старшого віку

Таблиця 1

Частота дихання відповідно до віку

Вік дитини	Частота дихання
Недоношена	40–70
0–3 міс	35–45
3–6 міс	30–45
6–12 міс	25–40
1–3 роки	20–30
3–6 років	20–25
6–12 років	14–22
12+ років	12–18

При підрахунку частоти дихання необхідно:

- визначати частоту дихальних рухів за 30 с, збільшуючи кількість рухів грудної клітки вдвічі;
- враховувати, що у здорових дітей грудного віку під час сну можуть бути паузи в диханні (короткочасні апное) до 10–15 с, тому підрахунок дихання менше ніж за 30 с може бути не точним;
- визначати кількість дихальних рухів щоразу під час повторних оглядів для виявлення змін у загальному стані дитини;

– враховувати, що частота дихання зазвичай може бути збільшена при занепокоєнні дитини, а також в умовах підвищеного метаболізму (збудження, фізичне навантаження, біль або лихоманка);

– пам'ятати, що за тривожних ознак або нестабільного стану дитини припустимо підрахувати дихання протягом 10 с (збільшуючи кількість дихальних рухів у 6 разів) і обов'язково провести заходи для ліквідації тривожних ознак;

– з метою безперервного моніторингу дихання використовувати кардіо-респіраторний монітор, за наявності.

Визначення і підрахунок пульсу. При дослідження пульсу у дітей необхідно дотримуватися певних умов, оскільки пульс у дітей порівняно з дорослими відрізняється значною лабільністю і може різко прискорюватися під впливом зовнішніх факторів, зокрема, хвилювання, занепокоєння дитини, фізичного навантаження. Тому визначення пульсу в дітей має проводитися під час сну або в стані спокою. Необхідно поступово увійти в контакт з дитиною, відволікаючи її увагу іграшками, дочекавшись заспокоєння.

У здорових немовлят і дітей (окрім дітей з ожирінням і за низької температури навколишнього середовища) пульс легко визначається на таких судинах:

● **центральний пульс:**

– *arteria carotis communis* (у старших дітей) – загальна сонна артерія;

– *arteria femoralis* – стегнова артерія;

– *arteria axillaris* – підпахова артерія.

NB! У дітей першого року життя центральний пульс визначається тільки на *arteria axillaris* та *arteria femoralis*.

NB! Ослаблення центрального пульсу – тривожна ознака, що потребує термінового втручання для попередження зупинки серця.

● **периферійний пульс:**

– *arteria brachialis* – плечова артерія;

– *arteria radialis* – променева артерія;

– *arteria dorsalis pedis* – артерія тильної ділянки стопи;

– *arteria tibialis posterior* – задня великогомілкова артерія.

На *рис. 28* вказано місця визначення пульсу в дітей.

Методика визначення пульсу на променевої артерії: одночасно обома руками охопити руки дитини в ділянці променевозап'ясткового суглоба таким чином, щоб великий палець знаходився на тильній стороні передпліччя, а вказівний, середній і безіменний – на променевої артерії. Руки дитини повинні бути розслаблені і розташовані на рівні серця. Кінчиками трьох вказаних пальців притискають променеву артерію до променевої кістки і, відчувши пульсацію, проводять визначення пульсу. Спочатку оцінюють симетричність пульсу, порівнюючи величину і частоту пульсових хвиль на обох променевих артеріях (*рис. 28 – в*). Потім проводять оцінку пульсу на одній з променевих артеріях (*рис. 28 – з*).



Рис. 28. Визначення пульсу на: а) скроневій артерії; б) сонній артерії; в) променевих артеріях обох рук; г) променевої артерії однієї руки; д) ліктьовій артерії; е) стегнової артерії; ж) підколінній артерії; з) задній великогомілкової артерії; і) дорсальній артерії стопи

Частоту пульсу підраховують не менше, ніж за 1 хв, особливо у дітей грудного віку, оскільки в них спостерігається фізіологічна аритмія. У дітей старшого віку частоту пульсу можна порахувати протягом 15 с за умови його ритмічності, з подальшим збільшенням у 4 рази. Надалі порівняти отримані дані за віковою нормою та занести результат до відповідної медичної документації.

Слід зазначити, що в дівчаток частота пульсу на 10–12 уд/хв більше ніж у хлопчиків, а в період статевого розвитку частота пульсу в дітей може як збільшуватися, так і зменшуватися. Частота пульсу (частота серцевих скорочень, ЧСС) у дітей залежно від віку представлена в *табл. 2*.

Таблиця 2

Показники частоти серцевих скорочень у дітей

Вік дитини	Частота серцевих скорочень (уд/хв)
Недоношена	120–170
0–3 міс	100–150
3–6 міс	90–120
6–12 міс	80–120
1–3 роки	70–110
3–6 років	65–110
6–12 років	60–95
12+ років	55–85

Результати підрахунку частоти серцевих скорочень мають відповідати віку, рівню активності та клінічному стану дитини.

NB! Частота серцевих скорочень 60 уд/хв і менше у дітей першого року життя є показанням для початку непрямого масажу серця.

Вимірювання артеріального тиску (АТ) є обов'язковою складовою об'єктивного обстеження дитини, особливо в разі важкого стану (рис. 29). Слід пам'ятати, що АТ у дітей – показник лабільний і може різко змінюватися під впливом зовнішніх факторів (хвилювання, неспокій, фізичне навантаження, через коливання навколишньої температури). Для вимірювання артеріального тиску в дітей застосовуються спеціальні дитячі манжети, які використовують залежно від величини окружності кінцівки (рис. 30). Для вимірювання АТ, особливо в домашніх умовах, все частіше використовують електронні тонометри (рис. 31).



Рис. 29. Вимірювання АТ у підлітка



Рис. 30. Тонометр для вимірювання АТ у дітей різного віку

Вимірювати артеріальний тиск можна в положенні лежачи, стоячи, сидячи. За три години перед виміром слід відмінити прийом препаратів, а також продуктів, які впливають на артеріальний тиск; на одну годину скасувати фізичні навантаження. Якщо це неможливо, ці чинники слід враховувати при оцінці АТ. Перед вимірюванням артеріального тиску апарат розміщується таким чином, щоб серце дитини, рука, нульовий показник шкали і манжета перебували на одному горизонтальному рівні.



Рис. 31. Тонометр електронний

Методика. Нагнітаюча камера всередині манжети має перекривати 80 % окружності плеча в середній третині в дітей віком від 13 років та на 100 % у дітей віком до 13 років. Манжета для вимірювання артеріального тиску має займати 50–70 % довжини плеча (відстань від підпахової западини до ліктьової ямки).

Манжету, яка повністю звільнена від повітря, накладають на плече на 2 см вище ліктьової ямки, так, щоб між нею і шкірою можна було просунути 1–2 пальці пацієнта. Рука дитини лежить долонею догори, м'язи розслаблені.

Пальпаторно визначається локалізація ліктьової артерії в ліктьовій ямці, куди прикладається розтруб фонендоскопа. У манжету нагнітається повітря до позначки, яка на 40–50 мм рт. ст. вище, ніж тиск, при якому закінчилася пульсація артерії (визначається аускультативно). Відразу після цього шляхом повільного випускання повітря тиск в манжеті слід плавно знижувати. Аускультативно визначається момент появи і зникнення гучних, сильних тонів (відповідно – систолічний та діастолічний тиск).

Найбільш показовим є АТ, який вимірюється відразу після пробудження, лежачи, до переходу у вертикальне положення; цей тиск називається базальним. При вимірюванні АТ на стегновій артерії тони вислуховуються в підколінній ямці, на підколінній артерії, безпосередньо нижче манжети; дитина при цьому лежить на животі.

Рівень АТ в нормі залежно від віку дітей наведено в *табл. 3*.

Таблиця 3

Показники артеріального тиску в дітей

Вік дитини	АТ, мм рт. ст. (систолічний/діастолічний)
Недоношена	55–75/35–45*
0–3 міс	65–85/45–55
3–6 міс	70–90/50–65
6–12 міс	80–100/55–65
1–3 роки	90–105/55–70
3–6 років	95–110/60–75
6–12 років	100–120/60–75
12+ років	110–135/65–85

Примітка: * манжета для вимірювання АТ повинна перекрити 1/2 (або 2/3) плеча дитини; занадто мала манжета дасть підвищений, а занадто велика – низький результат АТ.

При виявленні у дитини підвищеного тиску не слід коментувати та обговорювати цей факт з батьками в присутності дітей (особливо при дітях старшого віку і підлітків) для запобігання ятрогенії, оскільки АТ – показник досить лабільний.

Для більш адекватної оцінки АТ застосовують метод моніторингу, коли АТ вимірюється постійно, протягом певного часу (12, 24 годин або декількох діб).

У нормі в новонародженого АТ на верхніх і нижніх кінцівках становить в середньому 70/35 мм рт. ст.

У здорових дітей в положенні лежачи АТ на нижніх кінцівках на 5–20 мм рт. ст. вище, ніж на верхніх.

У дітей старше 1 року на верхніх кінцівках систолічний тиск становить $90 + 2n$ (мм рт. ст.), діастолічний – $60 + n$ (мм рт. ст.), де n – вік дитини до 15 років.

Пульсоксиметрія – це простий у використанні та ефективний метод неінвазійного визначення ступеня насичення киснем артеріальної крові (сатурація SaO_2) та частоти серцевих скорочень за допомогою пульсоксиметра (рис. 32). Сатурацією (SaO_2) прийнято називати ступінь насиченості крові киснем, який вимірюють у відсотках. У нормі процентне співвідношення наявності O_2 в крові має становити не менше 95 %. Якщо цей показник нижчий, це говорить про розвиток кисневої недостатності і потрібно терміново вживати заходів.



Рис. 32. Пульсоксиметр для дітей старшого віку та дорослих

Принцип роботи пульсоксиметра. Пульсоксиметр працює за принципом інфрачервоного підсвічування внутрішніх тканин. Основою для здійснення вимірювань оксигемоглобіну є пульсова хвиля, тому прилад завжди показує два значення: процентну кількість сатурації та частоту пульсу (рис. 33).



Рис. 33. Принцип роботи пульсоксиметра

Для вимірювання параметрів у пульсоксиметрі використовують світлодіоди і фотореєструючий датчик (фотодетектор).

Дві світлові хвилі (інфрачервоні) різної довжини проходять крізь палець, вкладений всередину пристрою, вони по-різному поглинаються відновленим гемоглобіном (дезоксигемоглобіном) та оксигемоглобіном. Тобто, кров, у якій еритроцити насичені киснем, поглинає світло не так, як збіднена киснем, зі зниженою концентрацією цього необхідного елемента. Пристрій відкалібрований для значень SaO_2 75–99 % з мінімальною похибкою 2 %.

Пульсоксиметри випускаються в декількох модифікаціях, з відмінним розташуванням датчика і фотодетектора, можна вдягати їх на:

- палець руки або ноги – дає максимально точні дані;
- мочку вуха – отримані дані точні, крім того, такий датчик найшвидше реагує на зміни сатурації;

- груди (за допомогою спеціального ремня), що дає хоч і не найточніші свідчення, але протягом тривалого часу;
- кисть руки, розташований на браслеті – найзручніший, але показує лише приблизні дані.

Дитячий пульсоксиметр відрізняється від дорослого розміром або конструкцією датчика. У стандартному варіанті пристрій має вигляд прищіпки (рис. 34), для новонароджених і немовлят – силіконового або гумового напальчника, який не стискає судини при тривалому знаходженні на руці або носі (рис. 35).



Рис. 34. Пульсоксиметр для дітей молодшого віку



Рис. 35. Пульсоксиметр для новонароджених та немовлят



Рис. 36. Методика проведення пульсоксиметрії

Методика проведення пульсоксиметрії. Датчик пульсоксиметра слід зафіксувати на пальці руки, ноги або мочці вуха. При цьому кінцівки мають бути теплими, оскільки при дуже холодних кінцівках дані будуть не достовірні (рис. 36). Відсоток насичення гемоглобіну киснем зазвичай виводиться на дисплей пульсоксиметра, пульсація супроводжується звуковими сигналами, також відображається частота серцевих скорочень.

Перед застосуванням пульсоксиметра потрібно вивчити технічні можливості та орієнтуватися на кожну конкретну модель. Насичення гемоглобіну киснем **понад 95 %** при диханні кімнатним повітрям вказує на адекватну оксигенацію.

У разі зниження сатурації нижче цього рівня необхідно подбати про забезпечення дитини киснем. Якщо в дитини, яка отримує 100 % кисень через нереверсивну маску, сатурація знижується менше 90 %, то варто провестися додаткові заходи (допоміжну або штучну вентиляцію легень).

NB! У новонароджених і дітей перших трьох місяців життя рівень сатурації крові може становити **85–92 %**. При диханні кімнатним повітрям і за умови, що дитина не має ознак порушення дихання, цей показник є нормою.

4.3. Первинна оцінка стану дитини при виявленні загрозливих для життя ознак

I. Оцінка стану дитини проводиться з метою якнайшвидшого ідентифікування проблеми або виявлення ознак, що загрожують її життю. Оцінка стану виконується в певній послідовності та включає чотири етапи (*табл. 4*).

Таблиця 4

Етапи обстеження дитини

Етап	Короткий опис
1. Оцінка загального вигляду дитини	Аудіовізуальне обстеження, колір шкірних покривів, позиція, рухи, робота дихання, кровообігу. Проводиться протягом декількох секунд при виявленні постраждалої дитини
2. Первинна оцінка стану	Оцінка за алгоритмами «ABCDE», «CABDE». Цей етап передбачає оцінювання вітальних функцій організму та пульсоксиметрію
3. Дослідження другого порядку	Визначення історії захворювання (анамнез) за алгоритмом «SAMPLE» та повне фізикальне обстеження «від тім'ячка до п'яток»
4. Дослідження третього порядку	Лабораторні, рентгенологічні та інші додаткові тести, які дають змогу точніше встановити діагноз

Перший етап – **оцінка загального вигляду дитини**. Звертають увагу на такі ознаки:

- колір шкіри, а саме наявність незвичного кольору обличчя (блідість або мармуровість, ціаноз), наявність кровотечі;
- посилення роботи дихання (роздування крил носа, втягування), слабкість або відсутність спроб вдиху, незвичні звуки під час дихання (хрипіння, експіраторне «хрюкання», «свистяче» дихання);
- свідомість (реакція на звернення та заспокоєння, вираз обличчя/погляд, мова/крик), м'язовий тонус.

Другий етап: **первинна оцінка стану** дитини, яка здійснюється протягом декількох секунд при виявленні постраждалої дитини за алгоритмом «ABCDE» за умови, що дитина при свідомості та не має тривожних симптомів. Цей етап передбачає оцінювання життєво важливих функцій організму та пульсоксиметрію.

Первинна оцінка стану за алгоритмом «ABCDE»:

A (Airway) – прохідність дихальних шляхів;

B (Breathing) – дихання;

C (Circulation) – кровообіг;

D (Disability) – неврологічне обстеження, глікемічний профіль;

E (Exposure) – повний огляд роздягненого пацієнта.

Розглянемо перші три з них.

1. При оцінці прохідності верхніх дихальних шляхів А (Airway) слід:

- оцінити рухи грудної клітки та живота;
- визначити наявність дихальних шумів і рух повітря;
- відчутти наявність руху повітря біля рота і носа пацієнта (рис. 37).



Рис. 37. Визначення наявності руху повітря біля рота і носа пацієнта

Ознаки наявності обструкції верхніх дихальних шляхів:

- збільшення респіраторних зусиль, втягування грудної клітки (інспіраторна задишка);
- патологічні шуми під час вдиху (хрипіння, стридор або свист);
- відсутність руху повітря та дихальних шумів, незважаючи на спробу вдиху (це говорить про повну обструкцію верхніх дихальних шляхів).

2. Оцінка дихання В (Breathing) передбачає визначення:

- частоти дихання (кількість дихальних рухів за хвилину);
- респіраторних зусиль;
- глибини та амплітуди дихання;
- характеристики дихальних шумів у дихальних шляхах та легенях (аускультацию);
- SpO₂ (проведення пульсоксиметрії);
- симетричності дихання.

NB! Тривожною ознакою при оцінці частоти дихання є частота дихання понад 60 за хвилину для дітей молодшого віку, та 40 – для дітей середнього і старшого віку.

Види порушення частоти дихання:

- *тахіпноє* – збільшення частоти дихальних рухів вище за максимальне значення від вікової норми;
- *брадипноє* – зменшення частоти дихальних рухів нижче за мінімальне значення від вікової норми;
- *апное* – затримка дихання понад 15 с (виняток становлять діти грудного віку);
- *диспноє* – порушення глибини та частоти дихання.

NB! Показанням до проведення допоміжних методів вентиляції або штучної вентиляції легень є сповільнення дихання менше 20 дихальних рухів за хвилину в дітей молодшого віку та 10 дихальних рухів у дітей середнього та старшого віку.

Ознак респіраторних зусиль:

- роздування крил носа;
- втягування грудної клітки;
- кивки головою або парадоксальне дихання.

Втягування грудної клітки в поєднанні з:

– «свистячим» диханням або храпом на вдиху вказує на обструкцію верхніх дихальних шляхів;

– свистячими звуками під час видиху дає змогу запідозрити обструкцію нижніх дихальних шляхів;

– експіраторним «хрюканням» або утрудненим диханням вказує на паренхіматозне ураження легень;

– кивками голови та/або парадоксальним диханням (у тяжких випадках).

Інші ознаки респіраторного зусилля:

– подовження вдиху або видиху (порушення співвідношення вдиху до видиху);

– дихання ротом (рис 38);

– «хапання» повітря ротом із використанням додаткової мускулатури.



Рис. 38. Дихання ротом у дитини

3. Оцінка кровообігу – С (Circulation).

Дослідження кровообігу передбачає оцінку функції як серцево-судинної системи, так і органів-мішеней.

Під час дослідження функції серцево-судинної системи важливо оцінити наступне:

- колір шкіри-та видимих слизових оболонок, температуру шкіри;
- частоту серцевих скорочень;
- серцевий ритм;
- пульс (периферійний і центральний);
- артеріальний тиск;
- час заповнення капілярів;
- перенавантаження серця (пальпація печінки та визначення наповнення шийних вен).

Серед відхилень від нормальних показників АТ виділяють такі:

– **гіпотензія** – зниження рівня систолічного артеріального тиску нижче за мінімальні значення від вікової норми;

– **гіпертензія** – підвищення рівня систолічного артеріального тиску вище за максимальні значення від вікової норми.

Оцінка судинного системного периферичного опору проводиться шляхом вимірювання **часу капілярного заповнення** (*capillary refill time – CRT*) або симптом «білої плями» (рис. 39). Цей параметр краще проводити в нейтральному температурному середовищі (тобто за кімнатної температури).



Рис. 39. Визначення часу наповнення капілярів (симптом «білої плями»)

Технічно час капілярного заповнення (рекапіляризація) у малих дітей вимірюють на долоні або стопі, у старших – на нігтьовій пластині або груднині. З метою дослідження цього параметра слід натиснути на задану ділянку протягом 5 с, потім припинити натискання і подивитися, через який час шкіра в місці натиснення відновить попередній колір. Норма становить **2 с**. Подовження часу капілярного наповнення в більшості випадків є симптомом централізації кровообігу, дегідратації, шоку і гіпотермії.

При дослідженні функції органів мішеней слід оцінити наступне:

- перфузію головного мозку (психічний стан);
- перфузію шкіри (час капілярного наповнення);
- ниркову перфузію (діурез).

Додаткова інформація для загального ознайомлення

Оцінка стану дитини першого порядку може бути доповнена **дослідженнями другого порядку** (визначення історії захворювання (анамнез) за алгоритмом «SAMPLE», повне фізикальне обстеження «від тім'ячка до п'яток») й **третього порядку** (лабораторні, рентгенологічні та інші додаткові тести, які дають змогу точніше встановити діагноз).

NB! У разі виявлення тривожних симптомів або загрозливих станів стан дитини оцінюється за алгоритмом «CABDE» з проведенням заходів для їх усунення.

Первинна оцінка стану за алгоритмом «CABDE»

C – кровообіг (Circulation)

A – прохідність дихальних шляхів (Airway)

B – дихання (Breathing)

D – неврологічне обстеження, глікемічний профіль (Disability)

E – повний огляд роздягненого пацієнта (Exposure)

Тема 5. Симуляція догляду за дітьми в умовах педіатричного стаціонару

Актуальність теми. Догляд за здоровими дітьми та дітьми, що перебувають на лікуванні у стаціонарі, є однією зі складових, що забезпечують зберігання здоров'я, а при захворюваннях є невід'ємною складовою лікувального процесу. Складові догляду за хворими дітьми включають виконання гігієнічних процедур: гігієнічні ванни, своєчасну зміну натільної та постільної білизни, ретельний догляд за важкохворими дітьми та дітьми з лихоманкою, профілактику утворення попірлостей та пролежнів, що сприяє швидкому одужанню дитини, зменшенню ускладнень хвороби, зокрема, септичних.

Порівняно з дорослими, у дітей частіше спостерігається підвищення температури тіла, що пов'язано з особливостями терморегуляції. Догляд за дітьми з лихоманкою залежить від характеру температури і реакції організму дитини на її підвищення.

Мета: оволодіти навичками догляду за дитиною з лихоманкою.

5.1. Симуляція догляду за дітьми з лихоманкою

Лихоманка – один з найбільш частих симптомів, який зустрічається у пацієнтів дитячого віку. Найчастіше причиною лихоманки у дітей є наявність вогнища запального процесу в організмі.

Висока температура тіла (38,5 °C та вище) може супроводжуватися погіршенням загального стану дитини, відмовою від їжі, появою сонливості або підвищеної збудженості, блюванням та ін. Проте, у більшості випадків діти добре переносять підвищення температури навіть до 38,5–39,0 °C.

Вимірювання температури тіла у дітей можна проводити такими методами: в прямій кишці, в аксиллярній ділянці, в ротовій порожнині, визначення температури на барабанній перетинці та на шкірі в лобній ділянці. Кожен метод має свої переваги та недоліки.

Ректальна термометрія вважається золотим стандартом вимірювання температури, але недоліком є повільніше зниження ректальної температури по відношенню до внутрішньої при зниженні температури тіла і навпаки. Протипоказання до ректальної термометрії: оперативне втручання на прямій кишці чи промежині; наявність запального процесу в прямій кишці, вроджені аноректальні вади, фістула або нейтропенія на тлі лихоманки.

Аксиллярна термометрія. Даний метод не є точним, але Американська академія педіатрії рекомендує використовувати його як скринінговий тест у новонароджених через високий ризик перфорації прямої кишки ректальним термометром.

Оральна термометрія. Точність оральної термометрії вища, ніж при вимірюванні аксиллярним методом, але нижча, ніж при ректальній термометрії. Її точність зростає з віком дитини, переважно через можливість використання правильної техніки вимірювання.

Тимпанічна термометрія. Температура крові в судинах, які постачають барабанну перетинку, та їх розташування дуже близькі до кровонесних судин, що несуть кров до гіпоталамуса, центру терморегуляції. Тому ця ділянка тіла є ідеальною за розташуванням для вимірювання внутрішньої температури.

Темпоральна термометрія може використовуватись як скринінговий метод у домашніх умовах, але цей метод не є достатньо точним для медичних установ, де необхідна точність вимірювання.

Враховуючи недоліки будь-якого методу, недоцільно виділяти один із них як «золотий стандарт». Норми температури тіла при різних варіантах термометрії вказано в *табл. 5*. Метод обирають відповідно до віку дитини (*табл. 6*).

Таблиця 5

Норми температури тіла при різних варіантах термометрії

Метод вимірювання	Референтні значення, °С
Ректальна	36,6–38
Аксиллярна	36,5–37,5
Оральна	35,5–37,5
Тимпанічна	35,8–38
Темпоральна	36,5–С

Таблиця 6

Вибір методу вимірювання температури залежно від віку дитини

Вік дитини	Методи
До 2 років	Ректальний (точність вимірювання). Аксиллярний
2–5 років	Ректальний (точність вимірювання). Аксиллярний, тимпанічний, темпоральний
Старше 5 років	Оральний. Аксиллярний, тимпанічний, темпоральний

Оцінка ступеня інтоксикації:

- підвищена збудливість чи зниження активності;
- порушення дихання (тахіпное, участь допоміжної мускулатури);
- блідість шкірного покриву, наявність висипань;
- порушення периферійного кровообігу (холодні кінцівки);
- нетиповий плач у дитини (слабкий, дзвінкий);
- зменшення споживання рідини або зниження її виведення з сечею

Будь-яка з цих ознак може свідчити про наявність у дитини важкого захворювання, наявність двох та більше ознак цю ймовірність підвищує. У *табл. 7* описані етапи догляду за хворою дитиною при різних типах лихоманки.

Етапи догляду за дитиною

Тип лихоманки	«Рожева»: – теплопродукція відповідає тепловіддачі; – шкіра дитини ядро-рожева, помірної або підвищеної вологості; – кінцівки теплі на дотик; – загальний стан і поведінка порушені мало	«Біла»: – централізація кровообігу і спазм судин шкіри; – озноб; – блідість; – мармуровий рисунок шкіри; – ціаноз губ і кінцівок; – головний біль; – погіршення загального стану
Догляд	– забезпечити спокій; – зволоження повітря; – прийом достатньої кількості рідини (підвищення температури на 1 °С потребує додаткового введення рідини з розрахунку 10 мл на 1 кг маси тіла дитини): охолоджений (теплий) німецький чай, компот, морс, регідраційні розчини (регідрон, «Електроліт Хумана»); – звільнити від зайвого одягу. Фізичні методи охолодження (обтирання водою, оцтом чи спиртом) не рекомендуються	На першому етапі необхідно нормалізувати процеси теплопродукції та тепловіддачі: – дати дитині теплі напої; – прикласти до кінцівок дитини теплу грілку; – вкрити ковдрою. Після зникнення ознобу і нормалізації кольору шкіри: – одягнути дитину звичайно відповідно до її самопочуття та температури навколишнього середовища; – забезпечити спокій; – зволоження повітря; – прийом достатньої кількості рідини (підвищення температури на 1 °С потребує додаткового введення рідини з розрахунку 10 мл на 1 кг маси тіла дитини): охолоджений (теплий) німецький чай, компот, морс, регідраційні розчини (регідрон, «Електроліт Хумана»); Не використовувати фізичні методи охолодження

5.2. Симуляція профілактики і лікування попірлостей у дітей

Актуальність. Попірлості – запалення ділянок шкіри, що зазнали тертя або тривалого контакту з вологою або виділенням (піт, сеча, випорожнення тощо). Попірлості у дитини зазвичай локалізуються в природних складках шкіри, на сідницях, в нижній частині живота; ступінь їх виразності може варіювати від легкої гіперемії до мокнуття, тріщин, ерозій. Вони зустрічаються у всіх дітей.

Одним з проявів попірлостей є *пелюшковий дерматит* – патологічний стан шкіри немовлят, що періодично виникає в результаті впливу на шкіру в ділянці контакту з нею підгузка фізичних, хімічних, ферментативних (ферментів травного тракту) і мікробних чинників.

Мета: оволодіти навичками догляду за дитиною з попірлостями.

Методика догляду. Для профілактики пелюшкового дерматиту Європейська асоціація дерматологів розробила ефективні методи – ABCDE:

A (air) – аерація;

B (barrier) – захист тазбереження бар'єрних властивостей епідермісу;

C (cleaning) – очищення;

D (diaper) – ретельний підбір підгузків та їх зміна якнайшвидше після випорожнення;

E (education) – навчання батьків правильному догляду.

Догляд та лікування попірлостей (пелюшкового дерматиту) залежить від ступеня ураження шкіри (табл. 8).

Таблиця 8

Догляд та лікування при пелюшковому дерматиті

Стадії пелюшкового дерматиту	Догляд
I – незначна еритема 	Гігієнічна ванна (підмивання) Просушування шкіри промокальними рухами Максимальна аерація Усунення чинників, що викликали попірлості Використання захисників кремів
II – помірна еритема 	Гігієнічна ванна (підмивання) Просушування шкіри промокальними рухами Максимальна аерація Усунення чинників, що викликали попірлості Використання захисних кремів
III – еритема, явища лущення шкіри 	Гігієнічна ванна (підмивання) Просушування шкіри промокальними рухами Максимальна аерація Усунення чинників, що викликали попірлості Зволоження шкіри за потреби
IV – еритема, поява папул 	Гігієнічна ванна (підмивання) Просушування шкіри промокальними рухами Максимальна аерація Усунення чинників, що викликали попірлості Використання підсушувальних, репаратних засобів
V – еритема, папули, пустули, поява ерозії, можливе приєднання грибкової інфекції <i>Candida Albicans</i> (пухка червона висипка на шкірі з піднятими краями) чи бактеріальної флори 	Гігієнічна ванна (підмивання) Просушування шкіри промокальними рухами Максимальна аерація Усунення чинників, що викликали попірлості Використання підсушувальних, репаратних засобів Призначення протигрибкових, антибактеріальних чи стероїдних місцевих засобів

5.3. Симуляція проведення гігієнічних ванн у дітей

Актуальність. Догляд за здоровими дітьми та дітьми, що перебувають на лікуванні у стаціонарі, забезпечує зберігання здоров'я, а при захворюваннях є невід'ємною складовою лікувального процесу. Важливе значення у догляді мають гігієнічні та лікувальні ванни.

Мета: оволодіти методикою проведення гігієнічних та лікувальних ванн.

Методика. При проведенні гігієнічних процедур у дітей їх вибір залежить в першу чергу від віку дитини. Для дітей старшого віку оптимальним варіантом буде проведення гігієнічного душу.

Алгоритм дій медичного персоналу при проведенні гігієнічного душу

- Вхід до пацієнта, знайомство, пояснення ходу та мети процедури.
- Обробка рук гігієнічним способом, просушка рук. Одягання рукавичок.
- Одягання одноразового фартуха.
- Миття душової kabіни щіткою з милом і її дезінфекція дезінфікуючим розчином шляхом подвійного протирання з інтервалом 15 хв.
- У ванну або душову kabіну ставиться лава.
- Допомога пацієнту в переміщенні до ванни, температура води повинна становити 37–38 °С.
- Допомога пацієнту в тому, щоб вимитися в певній послідовності: голова, тулуб, кінцівки, пахові складки, промежину.
- Витирання пацієнта рушником.
- Допомога пацієнту одягнутися.
- Транспортування пацієнта в палату.

Для дітей грудного віку оптимальним варіантом гігієнічних процедур буде гігієнічна ванна.

Алгоритм дій медичного персоналу при проведенні гігієнічної ванни

1. Необхідно підготувати відповідне спорядження:

- дитяча ванна для купання дитини;
- глечик;
- водний термометр;
- махрова рукавичка або губка;
- дитяче мило або дитячий шампунь;
- чиста пелюшка або підставка в ванночку;
- фланелева пелюшка або м'який рушник;
- комплект чистої натільної білизни: підгузок, повзунки, сорочка, кофтинка, шапочка;
- дитяча олія;
- стерильні ватяні кульки і стерильний пінцет в крафт-пакеті або бікси;
- лоток для скидання використаних кульок;
- ємність для скидання використаної білизни;
- ємність-накопичувач з дезінфікуючим розчином і чисте ганчір'я;
- ємність для скидання дрантя;
- ємність для скидання використаної рукавички.

2. Підготовка до процедури:

– приготувати на сповивальному столі (попередньо обробленому дезінфікуючим розчином) простирадло, комплект для сповивання або комплект чистої натільної білизни.

– вимити ванну (попередньо оброблену дезінфікуючим розчином) гарячою водою;

- наповнити ванну спочатку холодною водою, потім гарячою до необхідної температури (36–37 °С); виміряти водяним термометром температуру у ванні;
- наповнити глечик водою на 1 °С нижче, ніж вода у ванній і поставити його поруч;
- постелити на дно ванни чисту пелюшку або спеціальну підставку;
- роздягнути дитину в ліжку;
- при необхідності підмити дитину (в разі наявності випорожнень).

3. Виконання процедури:

- обережно занурити дитину в ванну, притримуючи лівою рукою голову і ліве плече дитини так, щоб вода доходила до соскової лінії;
- вимити дитину правою рукою за допомогою махрової рукавички, починаючи з волосистої частини голови, потім вимити шию, тулуб, кінцівки, ретельно помити природні складочки, останніми – статеві органи і промежину;
- скинути використану рукавичку в спеціальну ємність для їх збору;
- вийняти дитину з ванни двома руками таким чином, щоб обличчя дитини було звернене до вас, долонями обхопити грудну клітку дитини в ділянці пахвових западин, фіксуючи пальцями її спину і задню поверхню шиї;
- покласти дитину до себе на ліве передпліччя обличчям вниз, підтримуючи її за ліве стегно;
- взяти глечик правою рукою і облити дитину чистою водою, повернути глечик на попереднє місце;
- взяти правою рукою чисту фланелеву пелюшку (рушник) і накрити нею дитину, просушити шкіру дитини обережними промокальними рухами;
- перенести дитину на сповивальний стіл, зняти з нього мокру фланелеву пелюшку і скинути пелюшку в ємність для скидання використаної білизни;
- обробити природні шкірні складки згідно з алгоритмом;
- одягнути дитину.

4. Обробити дитячу ванну і сповивальний стіл відповідно до вимог чинних наказів.

5.4. Симуляція профілактики і лікування пролежнів у дітей різного віку

Актуальність. Пролежні – це дистрофічні або виразково-некротичні зміни м'яких тканин (шкіри, підшкірної клітковини, м'язів), що виникають у місцях, які зазнають постійного або тривалого тиску. Частіше пролежні виникають в ослаблених дітей, які перебувають на суворому ліжковому режимі в ділянці крижів, лопаток, ліктів, п'яток, де м'які тканини здавлюються між поверхнею ліжка і кістковим виступом.

Утворенню пролежнів сприяє поганий догляд за шкірою, незручне ліжко, несвоєчасне перестилання постільної білизни, що призводить до порушення кровообігу в шкірі. Крім того, слід враховувати фактори, які можуть суттєво впливати на ризик пролежнів, зокрема, нутритивний статус дитини; нестабільність гемодинаміки, зволоженість шкіри (сухість та надмірна вологість підвищують ризик пролежнів); порушення чутливості та температури тіла.

У дітей грудного віку пролежні виникають найчастіше в разі важких порушень нервової системи.

Мета: оволодіти методикою профілактики та лікування пролежнів.


Методика. При догляді за дитиною, яка вимушено перебуває у лежачому положенні та належить до групи ризику щодо розвитку пролежнів, необхідно в першу чергу розуміти механізм та етапність розвитку пролежнів (табл. 9).

Спочатку з'являється блідість шкіри, яка пізніше змінюється почерво-нінням, набряком і відшаровуванням епідермісу. Виникнення пухирців і некрозу шкіри свідчить про більш виражені місцеві порушення і може бути наслідком недооцінки медичним персоналом первинних симптомів пролежнів. У важких випадках омертвіння зазнають не тільки м'які тканини, але навіть окістя і поверхневий шар кісткової тканини. Швидке приєднання інфекції може призводити до сепсису.

Таблиця 9

Стадії формування пролежнів та догляд за пацієнтом на кожному з етапів

Класифікація (Європейської експертної комісії з пролежнів та Національної експертної комісії з пролежнів [E&NPUAP, 2009]).	Профілактичні та лікувальні заходи
<p><i>Стадія 1. Стійке почервоніння ділянки шкіри.</i> Цілісність шкіри не порушена, але на ній є обмежена зона стійкого почервоніння (еритема), яке найчастіше знаходиться над кісткою, що виступає. Ця зона може бути болючою, твердішою або м'якішою, теплішою або прохолоднішою за оточуючі ділянки шкіри. Поява такої зони зазвичай вказує на високий ризик пролежнів.</p>  <p>Стадія 1 Шкірне почервоніння без ліквідації</p>	<p><i>Не можна:</i> – робити масаж; – використовувати спиртові розчини для обробки ураженої ділянки.</p> <p><i>Загальні профілактичні заходи:</i> – забезпечення сталості оптимальної температури та вологості в палаті; – періодична зміна положення хворої дитини у ліжку; – дотримання чистоти шкіри; – гігієнічні підмивання після дефекації та сечовипускання; – постійне провітрювання шкіри; – використання засобів для зволоження шкіри.</p> <p><i>Лікувальні заходи:</i> – зміна положення тіла дитини таким чином, щоб уражена ділянка шкіри не контактувала з поверхнею ліжка</p>
<p><i>Стадія 2. Часткова втрата товщі шкіри, яка має вигляд плоскої відкритої виразки з вологим або сухим рожевим дном рани без некротичних мас та ознак ураження більш глибоких тканин. Також може мати вигляд пухиря, заповненого серозною або серозно-кров'янистою рідиною.</i></p>	<p><i>Не можна:</i> – робити масаж; – використовувати спиртові розчини для обробки ураженої ділянки.</p> <p><i>Загальні профілактичні заходи:</i> – забезпечення сталості оптимальної температури та вологості в палаті; – періодична зміна положення хворої дитини у ліжку; – дотримання чистоти шкіри; – гігієнічні підмивання після дефекації та сечовипускання; – постійне провітрювання шкіри;</p>

Класифікація (Європейської експертної комісії з пролежнів та Національної експертної комісії з пролежнів [E&NPUAP, 2009]).	Профілактичні та лікувальні заходи
 <p>Стадія 2. Часткова втрата товщини шкіри.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – використання засобів для зволоження шкіри <i>Лікувальні заходи:</i> – пролежні та шкіру навколо них слід промивати кожного разу, коли робиться заміна пов'язки; – необхідно застосувати спеціальні протипролежневі пов'язки; – застосування ранозагоювальних мазей
<p><i>Стадія 3. Повна втрата товщини шкіри.</i> Ураження всієї шкіри (дерми та підшкірної жирової тканини). Глибина рани залежить від анатомічних особливостей частини тіла, де вона розташована (наприклад, пролежні на вухах, потилиці або щиколотках можуть бути плоскими, а на сідницях – дуже глибокими). У рані можна побачити підшкірний жир, але не видно і не відчуваються на дотик кістки, сухожилля чи м'язи. Можуть бути кишени й тунелі та/або некротичні маси, але останні дозволяють бачити глибину uszkodження шкіри.</p>  <p>Стадія 3. Повна втрата товщини шкіри.</p>	<p><i>Не можна:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – робити масаж; – використовувати спиртові розчини для обробки ураженої ділянки. <p><i>Загальні профілактичні заходи:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – забезпечення сталості оптимальної температури та вологості в палаті; – періодична зміна положення хворої дитини у ліжку; – дотримання чистоти шкіри; – гігієнічні підмивання після дефекації та сечовипускання; – постійне провітрювання шкіри; – використання засобів для зволоження шкіри. <p><i>Лікувальні заходи:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – пролежні та шкіру навколо них слід промивати кожного разу, коли робиться заміна пов'язки; – чисті пролежні промивають фізіологічним розчином або питною водою; – використання некролітичних засобів; – призначення протизапальних засобів
<p><i>Стадія 4. Глибоке ураження тканин (видно м'язи або кістки)</i> Ураження тканин настільки глибоке, що можна побачити (або відчути на дотик) кістки й сухожилля та/або м'язи. Можуть бути некротичні маси або струп, часто бувають кишени й тунелі. Глибина рани залежить від анатомічних особливостей частини тіла, де вона розташована, зокрема там, де немає підшкірної жирової клітковини, рани можуть бути неглибокими. Поширення на м'язи, сухожилля, фасції різко збільшує ризик остеомієліту.</p>  <p>Стадія 4. Глибоке ураження тканин (видно м'язи або кістки).</p>	<p><i>Не можна:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – робити масаж; – використовувати спиртові розчини для обробки ураженої ділянки. <p><i>Загальні профілактичні заходи:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – забезпечення сталості оптимальної температури та вологості в палаті; – періодична зміна положення хворої дитини у ліжку; – дотримання чистоти шкіри; – гігієнічні підмивання після дефекації та сечовипускання; – постійне провітрювання шкіри; – використання засобів для зволоження шкіри. <p><i>Лікувальні заходи:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – пролежні та шкіру навколо них слід промивати кожного разу, коли робиться заміна пов'язки; – чисті пролежні промивають фізіологічним розчином або питною водою. – пролежні з ознаками інфекції, некрозу, струпа слід промивати розчинами протимікробних засобів під тиском, щоб очистити рану; – хірургічне лікування рани

5.5. Симуляція зміни натільної та постільної білизни, забезпечення фізіологічних випорожнень

Актуальність. Догляд за дітьми, які перебувають на лікуванні у стаціонарі, вкрай важливий для загального результату лікування. Особливо це стосується дітей, активність яких обмежена через дотримання постільного режиму. Правильна та своєчасна зміна постільної та натільної білизни має гігієнічне значення, а також ефективним засобом профілактики пролежнів у пацієнтів. У поєднанні з адекватним забезпеченням фізіологічних випорожнень це забезпечить комфортне перебування пацієнтів в стаціонарі та прискорить процес одужання.

Мета: оволодіти методикою зміни натільної та постільної білизни, забезпеченням фізіологічних випорожнень.

Методика. Поряд з іншими гігієнічними заходами регулярна зміна постільної білизни є невід'ємною частиною лікувального процесу. Проводиться вона у відділенні один раз на 7–10 днів або по мірі забруднення. Звичайно її здійснюють після гігієнічної ванни, або, якщо стан дитини важкий і вона перебуває на суворому ліжковому режимі – після належного туалету.

Якщо хвора дитина приймає їжу в ліжку, то білизну необхідно перестилати щоразу після їди з метою видалення крихт і залишків їжі та розправлення складок. Зміна постільної білизни включає переміну простирادل, наволочок, підковдр. Зазвичай, поряд зі зміною постільної білизни проводять зміну натільної білизни.

Якщо хворий може сидіти, то медична сестра пересаджує його з ліжка на стілець й перестилає постіль. Для зміни постільної білизни, якщо дитина перебуває на суворому ліжковому режимі, можна використовувати два способи (рис. 40).



Рис. 40. Зміна постільної білизни

1. Перший спосіб:

- брудне простирadlo скатати валиком з боку голови і ніг, видалити його;
- чисте простирadlo, скатане с двох сторін, як бинт, підвести під крижі хворої дитини;
- розправити чисте простирadlo відповідно до довжини ліжка.

2. Другий спосіб:

- хвору дитину перемістити на край ліжка;
- скатати брудне простирadlo по довжині;
- на вільному місці розправити чисте простирadlo;
- перекласти хворого на нього;
- на другій стороні зняти брудне;
- розправити чисте простирadlo

Зміна натільної білизни. Діти старшого віку, які мають задовільний стан, переодягаються самостійно, а хворим молодшого віку допомагає середній або молодшій медперсонал, або людина, що здійснює догляд за дитиною (рис. 41). Під час зміни натільної білизни важкохворій дитині, яка перебуває на суворому ліжковому режимі, медична сестра береться за край сорочки, знімає її через голову і потім вивільнює руки. Чисту білизну одягають у зворотній послідовності. Якщо в хворого пошкоджена рука, то спочатку знімають рукав зі здорової руки, а потім з хворої. Одягають сорочку спочатку на хвору, а потім на здорову руку.



Рис. 41. Зміна натільної білизни

Брудну (окремо постільну та натільну) білизну збирають у пластмасові контейнери з кришками або поліетиленові мішки і виносять з палати в спеціальну кімнату. У відділенні повинен знаходитись запас білизни на добу.

Забезпечення фізіологічних випорожнень. Щоденно медична сестра веде контроль фізіологічних випорожнень та записує цю інформацію до температурного листа. В разі появи патологічних домішок, зміни частоти випорожнень чи зміни консистенції калу медична сестра повинна негайно проінформувати лікаря. У листі щоденно вказується кількість і характер випорожнень (кашкоподібні, оформлені, розріджені, наявність патологічних домішок).

З метою профілактики пролежнів та попріlostей після кожного акту дефекації та сечовипускання медична сестра повинна проводити туалет дитині.

Вибір методики залежить від стану дитини. При задовільному та стані середньої важкості рекомендується підмивати дитину теплою проточною водою; дівчаток, зокрема, спереду назад так, щоб калові маси разом з водою не потрапили на зовнішні статеві органи, адже внаслідок особливостей

будови сечового каналу це може спровокувати виникнення інфекції сечових шляхів. При ліжковому режимі для очищення шкіри застосовують ватні тампони, змочені в теплій проточній воді. Після підмивання достатньо обережно промокальними рухами просушити шкіру м'якою пелюшкою. При проблемах, що виникають під час догляду за шкірою дітей грудного віку, усі природні складки шкіри змазують дитячим маслом, спеціальним захисним кремом.

Якщо дитина перебуває на суворому постільному режимі, їй підкладають судно (емальоване або гумове) або подають сечоприймач (одноразовий або для багаторазового використання). Дитина, якій дозволено вставати, повинна користуватися індивідуальним горщиком. Судно, сечоприймач багаторазового використання або горщик щодня миють гарячою водою з миючими засобами і потім обробляють спеціальними дезінфікуючими засобами. Якщо дитина не контролює фізіологічні відправлення, що пов'язано з важким станом або віковими особливостями, використовують одноразові підгузки (памперси), які підбирають відповідно до віку дитини і своєчасно міняють. Слід пам'ятати, що застосування памперсів не виключає появи попрілості.

5.6. Основні види клізм, що застосовуються в педіатричній практиці. Симуляція постановки клізм у дітей різного віку

Актуальність. Клізма – це введення у кишечник через пряму кишку різноманітних рідин з лікувальною метою або з метою проведення діагностичних процедур. Усі види клізм у стаціонарі виконують за призначенням лікаря.

У педіатричній практиці звичайно застосовують клізми з метою випорожнення кишечника (очисні), введення лікарських речовин (лікувальні), промивання кишечника (сифонні). Показанням до їх застосування є запори, гострі отруєння, інфекційні захворювання кишечника. Очисні та сифонні клізми призначають перед проведенням інструментальних досліджень, операцій. Лікувальні клізми призначають з метою введення медикаментозних препаратів загального та місцевого призначення, зниження температури та ін.

Протипоказанням до застосування клізм є гострі запальні процеси анального отвору, шлунково-кишкова кровотеча, випадіння прямої кишки, онкологічні захворювання прямої кишки тощо.

Мета: оволодіти методикою проведення очисних, сифонних, лікувальних клізм.

Методика. Перед проведенням клізми необхідно приготувати наступне:

- гумовий балончик з твердим або м'яким наконечником (об'єм залежить від віку дитини, див. табл. 10);
- посудину з водою відповідної температури;
- клейонку;
- вазелін;
- пелюшку;
- дезрозчин для обробки поверхні й використаних засобів.

**Кількість рідини для проведення очисної клізми
та температура води залежно від віку**

Показники	Вік дитини			
	0–2 міс	До 6 міс	6 міс – 1 рік	Після 1 року
Об'єм рідини	30 мл	50–80 мл	100 мл	$100 + 100 \times (n-1)$, де n – кількість років дитини
Температура води	30–31 °С	27–28 °С	26–25 °С	20–22 °С

Етапи проведення процедури:

- помити, продезінфікувати руки, одягнути гумові рукавички;
- наповнити балончик водою і перевірити, чи не залишилося у ньому повітря;
- змазати наконечник вазеліновою (або будь-якою іншою) олією для полегшення введення у кишку;
- на сповивальний стіл, кушетку або ліжко постелити одноразову пелюшку;
- покласти дитину: грудного віку на спину (*рис. 42-а*), старше за рік – на лівий бік з підведеними до живота ніжками(*рис. 42-б*);
- лівою рукою розвести дитині сідниці, а правою обережно ввести наконечник клізми в пряму кишку: дітям молодшого віку на 3–5 см, а дітям старшого віку на 6–8 см, спочатку в напрямку до пупка, потім – паралельно куприку; дитині грудного віку при цьому необхідно підняти ніжки догори;
- повільно стискаючи гумовий балончик, ввести рідину;
- виводити наконечник з прямої кишки слід не розтискуючи пальців на балончику, а після цього стиснути сідниці на декілька хвилин, щоб рідина не потрапила назовні;
- зняти гумові рукавички та утилізувати їх;
- очистити та продезінфікувати використаний гумовий балончик;
- після постановки клізми слід обов'язково дочекатися дефекації і оглянути випорожнення дитини.



а)



б)

Рис. 42. Методика постановки клізми дітям різного віку:

а) дитині першого року життя; б) дитині старшого віку.

5.7. Симуляція догляду за хворою дитиною та забезпечення її фізіологічних потреб залежно від віку: підтримка водного балансу, догляд за ротовою порожниною, туалет очей та носа, догляд за зовнішнім слуховим проходом, туалет нігтів та догляд за волоссям

Актуальність. Організація догляду за хворою дитиною передбачає врахування не тільки особливостей її психологічного стану під час хвороби, а й особливостей будови і функціонування всіх систем організму залежно від віку. По мірі зростання дитини належно організований догляд та правильне забезпечення її фізіологічних потреб запобігатиме виникненню захворювань, сприятиме здоровому, гармонійному розвитку дитини. Вікові анатомічні та функціональні особливості органів та систем дитини, які характеризуються недосконалістю місцевого імунітету, вимагають від медичного персоналу чіткого дотримання гігієнічних вимог.

Мета: оволодіти методикою догляду за хворою дитиною та забезпечення її фізіологічних потреб.

Методика. Дитячий вік характеризується певними особливостями роботи всіх систем організму, обмін речовин не є винятком. Особлива увага приділяється підтримці водного балансу, оскільки високий рівень позаклітинної рідини, а також недосконалі механізми фіксації рідини в клітинах і міжклітинних структурах обумовлюють розвиток зневоднення організму при різних інфекційних захворюваннях, порушеннях температурного режиму, недостатньому надходженні води з їжею. Дегідратація (втрата води) супроводжується важкими порушеннями загального стану дитини. У дітей потреба в рідині значно вища, ніж у дорослих.

Діти повинні отримувати необхідну кількість води з питвом. На першому році життя, якщо дитина перебуває на грудному вигодовуванні, додаткову кількість води зазвичай призначають у разі потреби і вона приблизно дорівнює обсягу одного годування. При захворюваннях, що супроводжуються діареєю, блюванням і гіпертермією, кількість рідини, яку повинна отримувати дитина, залежить від виразності проявів зневоднення (ексикоз) та типу патологічних втрат.

Слід зазначити, що хвора дитина може відмовлятися від їжі і пиття, тому під час догляду за нею обов'язково необхідно проводити підрахунок рідини, яку випила і виділила дитина.

За потреби, залежно від клінічних симптомів та ступенів ексикозу, крім оральної регідратації може призначатися інфузійна терапія.

Найбільш фізіологічним і ефективним методом введення внутрішньовенних розчинів є повільне краплинне введення або за допомогою інфузоматів, що запобігає таким ускладненням, як перевантаження об'ємом і, відповідно, системна гіпергідратація. Розрахунок потреби в рідині дитини на годину є більш фізіологічним порівняно з добовим визначенням, оскільки створює умови для запобігання ускладненням під час інфузійної терапії.

Фізіологічну потребу в рідині доцільно розраховувати за формулою, яка була запропонована ще в 1957 р. М.А. Holiday та W. Segar (*табл. 11.*).

Таблиця 11

Фізіологічні добові потреби в рідині (за Holliday–Segar, 1957 р.)

Маса тіла	Об'єм рідини/добу	Об'єм рідини/годину
Перші 10 кг (0–10 кг)	100 мл/кг/добу	4 мл/кг/год на перші 10 кг маси тіла дитини
Наступні 10 кг (11–20 кг)	1000 + 50 мл/кг/добу	40 мл + 2 мл/кг/год на наступні 10 кг маси дитини
> 20 кг	1500 + 20 мл/кг/добу	60 мл + 1 мл/кг/год на кожний кілограм маси тіла дитини після 20 кг. Але не більше 2 400 мл/добу

Приклад розрахунку потреби в рідині за методом Holiday-Segar:
у дитини масою тіла 28 кг добова фізіологічна потреба в рідині складає
(100 мл × 10 кг) + (50 мл × 10 кг) + (20 мл × 8 кг) = 1 660 мл/добу.

Поточні патологічні втрати встановлюють зважуванням сухих і використаних пелюшок, памперсів, визначенням кількості блювотних мас або за допомогою розрахунків, запропонованих Є.Ю. Вельтіщевим:

- кожен 1° температури понад 37° протягом 6 год – 10 мл/кг/добу;
- блювання – 20 мл/кг/добу;
- парез кишечника – 20–40 мл/кг/добу;
- діарея – 25–75 мл/кг/добу;
- перспірація у дітей молодшого віку – 30 мл/кг/добу (у дорослих –

14,4 мл/кг/добу).

Обробка ротової порожнини при пліснявці:

- підготувати 2 % содовий розчин та ватно-марлеві тампони;
- ретельно вимити руки з милом та продезінфікувати;
- одягти гумові рукавички;
- окремими ватно-марлевими тампонами, які змочені в розчині соди, обробити слизову оболонку ротової порожнини в наступній послідовності: язик, тверде піднебіння, щоки.

Туалет очей (проводиться 2 рази на добу, вранці і ввечері перед купанням):

- підготувати ватні тампони (два, для кожного ока окремо) та охолоджену кип'ячену воду;

- ретельно вимити руки з милом та продезінфікувати;

- змочити ватні тампони у воді, віджати;

- провести від зовнішнього кута ока до перенісся змоченим в кип'яченій воді ватним тампоном;

- для кожного ока використовувати окремий тампон;

- очні щілини протерти сухою серветкою з дотриманням тих же правил.

Туалет носа (проводиться двічі на добу, вранці і ввечері):

- підготувати охолоджену кип'ячену воду та вату;

- ретельно вимити руки з милом та продезінфікувати;

- зробити з вати джгутики довжиною до 2–3 см та 3–4 мм у діаметрі;

- змочити джгутики у воді;
- для кожного носового ходу використовувати окремий джгутик;
- обертальними рухами ввести джгутик в носову порожнину на глибину до 1,0–1,5 см і таким чином видалити залишки слизу або кірочки до відновлення вільного дихання через ніс;

– за потреби повторити процедуру ще раз.

Догляд за зовнішнім слуховим проходом (проводиться за необхідністю):

- підготувати охолоджену кип'ячену воду та вату;
- ретельно вимити руки з милом та продезінфікувати;
- зробити з вати джгутики довжиною до 2 см та 3–4 мм у діаметрі;
- змочити джгутики у воді;
- відтягнувши вушну раковину лівою рукою назад і догори, ввести в зовнішній слуховий прохід джгутик;
- зробити кілька обертальних рухів;
- вийняти джгутик;
- за потреби джгутик змінюють, а маніпуляцію повторюють.

NB! На першому році життя достатньо самостійно обробляти тільки вушну раковину дитини, оскільки зовнішній слуховий прохід у цьому віці короткий і існує небезпека поранити барабанну перетинку.

Туалет нігтів. Нігті дитині підрізують не рідше одного разу на тиждень, так, щоб довжина вільного краю не перевищувала 1–1,5 мм. Нігті зрізують обережно, тільки ножицями з тупими кінцями, причому на пальцях рук округло, а на ногах – прямолінійно. Після закінчення зрізання нігтів ножиці обов'язково протирають ватою, змоченою 70 % етиловим спиртом або іншим дезінфікуючим розчином.

Догляд за волоссям полягає в митті голови, розчісуванні волосся, заплітання кіс. Гребінець повинен бути власним для кожної дитини. Миття голови проводять звичайно (залежно від стану хворого) 1 раз на 7 днів.

Дітям, які перебувають на суворому постільному режимі, миють голову таким чином:

- голову дитини піднімають і на рівні шиї фіксують за допомогою валику або подушки;
- в головний кінець ліжка ставлять таз;
- щоб запобігти намочуванню білизни під час миття, дитину вкривають тканиною, яка не пропускає вологу;
- намилюють голову шампунем або милом і обережно ополіскують теплою водою, спостерігаючи за тим, щоб дитина не переохолоджувалася;
- висушують волосся за допомогою рушника (пелюшки) або фену.

Тестові питання для контролю знань

1. Хворі діти поступають до стаціонару:
 - A. За е-направленням дільничного педіатра.
 - B. За направленням лікаря швидкої допомоги.
 - C. У супроводі батьків.
 - D. Шляхом самозвернення.
 - E. Усі відповіді вірні.*
2. До обов'язків медичної сестри приймального відділення відноситься:
 - A. Збір анамнезу.
 - B. Визначення способу транспортування хворої дитини до відділення.
 - C. Вирішення питання про госпіталізацію дитини.
 - D. Проведення антропометричних вимірювань хворої дитини.
 - E. Заповнення титульного листа історії хвороби дитини.*
3. Невідкладну медичну допомогу в медичній установі надають:
 - A. Залежно від характеру захворювання.
 - B. У будь-якій лікарні, незалежно від профілю.*
 - C. Залежно від району обслуговування.
 - D. Залежно від віку дитини, яка звернулася.
 - E. У лікарні швидкої і невідкладної допомоги.
4. Огляд здорової дитини проводиться в положенні:
 - A. Тільки стоячи.
 - B. Тільки лежачи.
 - C. За бажанням дитини.
 - D. Залежно від віку дитини.*
 - E. У положенні, зручному для дитини.
5. Яку відповідальність за зміст історії хвороби несе лікар?
 - A. Кваліфікаційну.
 - B. Юридичну.*
 - C. Морально-етичну.
 - D. Економічну.
 - E. Не несе (історія хвороби – дуже варіабельний документ, залежить від спеціалізації і кваліфікації лікаря, особливостей пацієнта).
6. Яке положення не використовують при грудному вигодовуванні?
 - A. На животі.*
 - B. Лежачи.
 - C. На спині.
 - D. З-під руки.
 - E. Стоячи.
7. Видача їжі в їдальні відбувається не пізніше _____ з моменту приготування:
 - A. 1 год.
 - B. 2 год.*
 - C. 3 год.
 - D. 30 хв.
 - E. 45 хв.
8. Вкажіть, що не входить до ЗІЗ МП:
 - A. Респіратор.
 - B. Гумові черевики.*
 - C. Халат.
 - D. Маска.
 - E. Рукавички.
9. Хто повинен забезпечувати медпрацівника ЗІЗ?
 - A. Благодійні фонди.
 - B. За власні кошти медпрацівника.
 - C. Медичний заклад.*
 - D. За кошти хворого.
 - E. Волонтерський рух.

10. До антропометричних показників не відноситься:
A. Зріст стоячи. C. Обвід голови. E. Зріст сидячи.
*B. Маса тіла. D. Будова тіла.**
11. До методів соматометрії не відноситься:
A. Визначення тургору м'яких тканин. D. Визначення окружності голови.*
B. Вимірювання маси тіла. E. Вимір окружності грудної клітки.
C. Вимір окружності живота.
12. Оцінка загального вигляду дитини передбачає:
*A. Проведення протягом декількох секунд аудіовізуального обстеження постраждалої дитини: колір шкіри, позиція, рухи, робота дихання, кровообігу.**
B. Оцінку за алгоритмом «ABCDE» та «CABDE».
C. Повне фізикальне обстеження «від тім'ячка до п'яток».
D. Проведення додаткових лабораторних тестів, які дають змогу точніше встановити діагноз.
E. Оцінювання життєво важливих функцій організму та пульсоксиметрію.
13. Показанням до проведення допоміжних методів вентиляції (або ШВЛ) дітям молодшого віку є сповільнення дихання менше:
A. 25 дихальних рухів за хвилину. D. 10 дихальних рухів за хвилину.
B. 20 дихальних рухів за хвилину. E. 5 дихальних рухів за хвилину.*
C. 15 дихальних рухів за хвилину.
14. Оцінка дихання В (Breathing) передбачає визначення:
A. Частоти дихання.
B. Глибини та амплітуди дихання.
C. Характеристика дихальних шумів у дихальних шляхах та легенях (аускультацию).
D. Сатурації (SpO₂), проведення пульсоксиметрії.
*E. Усі відповіді вірні.**
15. У нормі процентне співвідношення наявності O₂ в крові має становити не менше:
A. 95 %. B. 90 %. C. 85 %. D. 80 %. E. 75 %.*
16. Молочниця слизової оболонки рота в немовляти обробляється:
*A. Розчином марганцевокислого калію 1:5000. D. 2 % розчином соди.**
B. 1 % розчином діамантового зеленого. E. Грудним молоком.
C. Фізіологічним розчином.
17. Попрілість – це:
A. Висипання на шкірі, що з'являються на початку інфекційного захворювання.
B. Білуватий наліт на слизовій порожнині рота дитини.
C. Уповільнений запальний процес пупкової ранки внаслідок порушення догляду.

*D. Запальні зміни на шкірі, що з'являються внаслідок порушення догляду за шкірою дитини. **

E. «Молочна кірочка» на шкірі голови як прояв схильності дитини до алергії.

18. Пліснявка – це:

A. Висипання на шкірі, що з'являються на початку інфекційного захворювання.

*B. Білуватий наліт на слизовій порожнині рота дитини. **

C. Уповільнений запальний процес пупкової ранки внаслідок порушення догляду.

D. Запальні зміни на шкірі, що з'являються внаслідок порушення догляду за шкірою дитини.

E. «Молочна кірочка» на шкірі голови як прояв схильності дитини до алергії.

19. Нігті у немовляти необхідно підрізувати:

A. Раз на місяць.

*C. 1 раз на тиждень. **

E. Усі відповіді не вірні.

B. Щодня.

D. 2 рази на добу.

20. До особливостей обміну речовин у дітей раннього віку відноситься наступне:

A. Недостатнє надходження води з їжею негативно впливає на обмін речовин.

B. Високий рівень позаклітинної рідини.

C. Недосконалі механізми фіксації рідини в клітинах.

D. Потреба дітей в рідині значно вище, ніж у дорослих.

*E. Усі відповіді вірні. **

Література

Основна

1. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій : навч. посіб. / В.С. Березенко та ін. 3-є вид., переробл. і допов. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 207 с. ISBN: 978-617-505-931-9/

2. Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми : підручник. 5-е вид., перероб. і допов. Київ : Центр ДЗК, 2021. 832 с.

3. Медсестринство в педіатрії: підручник / В.С. Тарасюк та ін.; за ред. В.С. Тарасюка. 2-е вид. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 336 с.

4. Дж. Маркданте Карен, Клігман Роберт М. Основи педіатрії за Нельсоном : у 2 т. ; переклад 8-го англ. видання, 2019. Т. 1. 378 с. Т. 2. 426 с.

Допоміжна

1. Касевич Н.М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник / за ред. В.І. Литвиненка. 7-е вид., випр. Київ : Медицина, 2017. 424 с.

2. Савка Л.С., Разінкова Л.І., Коцар О.І. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / за ред. Л.М. Ковальчука, О.В. Кононова. 3-є вид., перероб. і допов. Київ : ВСВ «Медицина», 2017. 600 с.

3. Стенкова Н.Ф., Терещенкова І.І., Сіняєва І.Р. Догляд за хворими – практика : підручник / за ред. О.Н. Ковальнової, В.М. Лісового, С.І. Шевченко, Т.В. Фролової. Київ : ВСВ «Медицина». 2014. 463 с.

4. Основи медсестринства в модулях : навч. посіб. / Н.М. Касевич. 3-є вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2018. 480 с. ISBN:978-617-505-527-4/

5. Марушко Ю.В., Гищак Т.В.,Тодика Ю.І. Маніпуляції в педіатрії. Показання та техніка виконання : навч. посіб. Київ : ВСВ «Медицина», 2019. 144 с.

6. Траверсе Г.М., Шадрін О.Г., Козакевич В.К., Горішна О.В. Дитяча нутриціологія : навч. посіб. Полтава, 2009. 175 с.

7. Охорона праці в медичній галузі : навч.-метод. посіб. / О.П. Яворовський та ін. Київ : ВСВ «Медицина», 2015. 208 с.

8. Безпека життєдіяльності, основи охорони праці : навч. посіб. / О.П. Яворовський та ін.; за заг. ред. О.П. Яворовського. Київ : ВСВ «Медицина», 2015. 288 с.

9. Гігієна праці підручник / Ю.І. Кундієв та ін. ; за ред. Ю.І. Кундієва, О.П. Яворовського. Київ : ВСВ «Медицина», 2011. 904 с.

10. Snisar V.I. Особливості терапії синдрому дегідратації у дітей грудного та старшого віку, новонароджених: основи парентеральної регідратації. *CHILD'S HEALTH*, 2016, 3.71: 149–155.

11. Tüzün Y., Wolf R., Bağlam S., Engin B. Diaper (napkin) dermatitis: A fold (intertriginous) dermatosis. *Clin Dermatol*. 2015. № 33(4). P. 477–482. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2015.04.012/

12. Benitez Ojeda A.B., Mendez M.D. Diaper Dermatitis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 31, 2023.

Інформаційні ресурси

1. <https://medplatforma.com.ua/article/499-medichna-karta-statsonarnogo-hvorogo-vajliv-nyuansi-zapovnyuvannya-formi-003o>
2. Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації №003/о "Медична карта стаціонарного хворого»
https://ips.ligazakon.net/document/view/re20975?an=280&ed=2012_02_14
3. <https://docdream.com/index.php/uk/docdream/emr?showall=1>
4. <https://docdream.com/index.php/uk/docdream/emr?start=3>
5. <https://docdream.com/index.php/uk/docdream/emr?start=1>
6. Принципи корекції загального стану: огляд дитини в стані, що загрожує життю <https://empendium.com/ua/chapter/B27.8.209>. ISSN 2663_7553 Сучасна педіатрія. Україна 7(111)/2020
7. Лихоманка у дітей Клінічна настанова, заснована на доказах <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2019/01/16-1.pdf>
8. Рекомендації Unicef Ukraine щодо грудного вигодовування <https://www.unicef.org/ukraine/breastfeeding-course>
9. Ентеральне харчування недоношених немовлят. Уніфікований клінічний протокол вторинної та третинної медичної допомоги. Наказ МОЗ України № 870 від 05.05.2021 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0870282-21#Text>
10. Норми та Порядок організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/305-2021-%D0%BF#Text>
11. Інструкція з організації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 № 931.
12. Годування дитини з пляшечки https://www.gov.il/he/departments/ministry_of_health/govil-landing-page

Електронні ресурси

1. Антропометричні вимірювання укр. <https://www.youtube.com/watch?v=plFPqty8Lk8>
2. How to check Vital Signs (Return Demonstration) <https://www.youtube.com/watch?v=iZYtwU-IKAU>
3. Infant Vital Signs Pediatric Nursing Assessment Newborn NCLEX Review <https://www.youtube.com/watch?v=pXrGIZOLz4k>

Навчальне видання

**СИМУЛЯЦІЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК
ЩОДО ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ
В УМОВАХ ПЕДІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ**

***Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти 2-го курсу
(спеціальність «Медицина»)***

Упорядники Фролова Тетяна Володимирівна
 Терещенкова Ірина Іванівна
 Карпушенко Юлія Володимирівна
 Ащеулов Олександр Михайлович
 Сенаторова Анастасія Валеріївна
 Осман Наталія Сергіївна

Відповідальна за випуск І.Р. Сіняєва



Редактор С.В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 5,3. Зам. № 24-34369

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.