

**Догляд за дітьми,
його роль у лікувальному процесі
та організація роботи
в умовах педіатричного стаціонару**

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

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**Догляд за дітьми,
його роль у лікувальному процесі
та організація роботи
в умовах педіатричного стаціонару**

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

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 3 від 28.03.2024.

**Харків
ХНМУ
2024**

Догляд за дітьми, його роль у лікувальному процесі та організація роботи в умовах педіатричного стаціонару : метод. вказ. для здобувачів вищої освіти 2-го курсу (спеціальність «Медицина») / Т.В. Фролова, І.Р. Сіняєва, Н.С. Осман та ін. Харків : ХНМУ, 2024. 52 с.

Упорядники Т.В. Фролова
 І.Р. Сіняєва
 Н.С. Осман
 А.Г. Амаш
 О.С. Кожина
 А.В. Серветник
 Н.М. Дробова

Тема 1. Місце дитячої лікарні в структурі надання медичної допомоги дітям. Інфекційний контроль в дитячій лікарні

1.1. Структура та функції педіатричного стаціонару.

Основні відділення та допоміжні підрозділи педіатричного стаціонару

Педіатричний стаціонар (дитяча лікарня) – лікувально-профілактичний заклад, де проводиться кваліфіковане лікування дітей у віці від народження до 18 років, які за станом здоров'я повинні перебувати під постійним наглядом лікаря.

Багатопрофільна дитяча лікарня (клінічна лікарня) інтенсивного лікування є закладом охорони здоров'я, що входить до складу госпітального округу та забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару або в амбулаторних умовах дітям у гострому стані або зі хронічними захворюваннями, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду, з обов'язковою наявністю відділень невідкладної медичної допомоги.

Основні завдання дитячої лікарні

1. Надання цілодобової спеціалізованої інтенсивної медичної допомоги в стаціонарних відділеннях дитячої лікарні хворим та потерпілим дітям при виникненні патологічних станів, що загрожують життю і раптово погіршили стан здоров'я дітей.

2. Надання стаціонарної допомоги в цілодобовому режимі, амбулаторної (консультативної) медичної допомоги відповідно до показань хворим і потерпілим; при станах, що не загрожують життю, але потребують спеціалізованого інтенсивного лікування.

3. Надання кваліфікованої спеціалізованої консультативно-діагностичної допомоги дітям.

4. Забезпечення якості медичної допомоги хворим дітям відповідно до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України.

5. Забезпечення матеріально-технічного оснащення діагностичного і лікувального процесу, впровадження новітніх медичних технологій з доведеною ефективністю на догоспітальному і госпітальному етапах, раціональне й ефективне використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів.

6. Участь у розробці прогнозів потреби дітей госпітального округу в спеціалізованій інтенсивній медичній допомозі, в т. ч. при виникненні надзвичайних ситуацій.

7. Участь у розробці пропозицій з удосконалення організаційних форм надання медичної допомоги, методів діагностики і лікування хворих і потерпілих дітей, які потребують спеціалізованої інтенсивної медичної допомоги на догоспітальному і госпітальному етапах та рекомендацій з профілактики і зниження впливу негативних факторів, що впливають на виникнення раптових захворювань, нещасних випадків.

8. Проведення просвітницької роботи серед населення з питань профілактики гострих захворювань, травматизму і нещасних випадків.

9. Організація і проведення заходів щодо підготовки дитячої лікарні до роботи у надзвичайних ситуаціях.

10. Створення постійного незнижуваного запасу лікарських засобів, витратних матеріалів, виробів медичного призначення для забезпечення сталої роботи дитячої лікарні в умовах надзвичайних ситуацій.

11. Взаємодія та інформування центральних та місцевих органів виконавчої влади про випадки масових уражень людей та виявлення хворих з підозрою на карантинні і особливо небезпечні інфекції.

Однією з умов діяльності дитячої лікарні є впровадження принципів «наступності» в роботі з іншими лікувально-профілактичними закладами: поліклініками, санаторіями, пологовими будинками тощо.

Дитяча лікарня включає приймальне, лікувальні, діагностичне, патолого-анатомічне відділення або відповідні кабінети і лабораторії, а також допоміжні підрозділи: адміністративно-господарську частину, аптеку, харчоблок, організаційно-методичний відділ з кабінетом медичної статистики, медичний архів.

Хвору дитину спочатку направляють до приймального відділення, що складається з вестибюля, оглядового покою, санпропускника й ізоляційних боксів для огляду дітей з підозрою на інфекційні захворювання, кабінету лікаря, процедурної кімнати, кімнат для медперсоналу, туалету.

Лікувальне відділення складається з палат і боксів, маніпуляційного кабінету, поста медичної сестри, кабінету завідувача відділення, ординаторської, кабінету старшої медичної сестри, сестринської, кабінетів для виконання лікувальних процедур і діагностичного обстеження дітей (електрокардіографія, електроенцефалографія, ультразвукове дослідження, фізіотерапевтичні процедури, зондування, постановка клізм та ін.), а також допоміжних приміщень: їдальні, ігрові кімнати, душової, кімнат для зберігання речей хворих, миття суден, горщиків і клейонок, тимчасового зберігання брудної білизни, санвузли (окремо для медперсоналу і хворих). Для дітей першого року життя передбачаються боксовані та напівбоксовані палати (від 1 до 4 ліжок у кожному боксі). В палатах для дітей старше 1 року допускається не більше 6 ліжок.

1.2. Інфраструктурний етап медичної реформи в Україні: госпітальні кластери (надкластерні, кластерні, загальні та пункт первинної медичної допомоги)

В Україні триває реорганізація закладів охорони здоров'я з метою оптимізації надання медичної допомоги та підвищення доступності медичних послуг. Основою реформи є поділ на госпітальні округи та кластери. Госпітальні округи з поділом на госпітальні кластери функціонують з метою

забезпечення територіальної доступності до якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню.

Територіальна доступність забезпечується шляхами:

- поступового формування спроможної мережі для гарантованого своєчасного доступу населення до якісного медичного обслуговування;
- зміни структури та розширення послуг первинної медичної допомоги у громадах.

До складу госпітальних округів входять:

- надкластерні заклади охорони здоров'я;
- кластерні заклади охорони здоров'я;
- загальні заклади охорони здоров'я;
- надавачі медичних послуг, які надають первинну медичну допомогу;
- центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із пунктами постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Надкластерні заклади охорони здоров'я – це багатопрофільні лікарняні заклади для дорослих, багатопрофільний лікарняний заклад для дітей та заклади із розрахунку не більше одного на госпітальний округ, які виконують функцію головного центру з організації і надання медичної і реабілітаційної допомоги за такими напрямками:

- онкологічний;
- кардіологічний;
- психіатричний;
- фтизіопульмонологічний або інфекційний;
- перинатальний.

Надкластерні заклади охорони здоров'я повинні мати в своєму складі наступні відділення: акушерство і гінекологія (III рівень перинатальної допомоги), анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах), гастроентерологія, гематологія, неонатологія, ендокринологія, інтенсивна терапія, інфекційні хвороби, кардіологія, кардіохірургія, комбустіологія, неврологія, нейрохірургія, нефрологія, отоларингологія, офтальмологія, ортопедія і травматологія, паліативна медична допомога, пульмонологія, реабілітація, ревматологія, судинна хірургія, терапія, торакальна хірургія, урологія, хірургія (зокрема дитяча), щелепо-лицева хірургія, трансфузіологія.

Межами госпітального кластеру, в яких він функціонує, є район. У госпітальному кластері визначається один кластерний заклад охорони здоров'я, який розташовується в адміністративному центрі району, при цьому може бути визначено більше ніж один кластерний заклад охорони здоров'я з розрахунку не менше ніж 120 тис. осіб, що обслуговуються кожним кластерним закладом охорони здоров'я, з урахуванням територіальної доступності населення до медичного обслуговування. В обласних центрах, містах з населенням понад 300 тис. осіб та м. Києві кількість кластерних закладів охорони здоров'я визначається з розрахунку один такий заклад на 150 тис. осіб. Відділення, які повинні входити до госпітального кластера: акушерство

і гінекологія (II рівень перинатальної допомоги), алергологія, анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах), дерматовенерологія, ендокринологія (крім хірургічних втручань), інфекційні хвороби, кардіологія, неврологія, нейрохірургія, отоларингологія, педіатрія, реабілітація, терапія, ортопедія і травматологія, урологія, хірургія, офтальмологія, паліативна медична допомога, психіатрія, трансфузіологія.

До складу загальних закладів охорони здоров'я входять анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах), неврологія, інфекційні хвороби, ортопедія і травматологія, терапія, хірургія.

Пункти первинної медичної допомоги повинні забезпечувати надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги відповідно до соціально-демографічних характеристик населення, особливостей його розселення.

1.3. Основні професійні обов'язки молодшого медичного персоналу в педіатричних стаціонарах та кваліфікаційні вимоги

Медичний догляд за дитиною значною мірою залежить від сумлінного виконання середнім та молодшим медичним персоналом своїх функціональних обов'язків, які обумовлені чинним законодавством України про охорону здоров'я та відображені у відповідних нормативно-правових актах. Від роботи молодшої медичної сестри в педіатричному стаціонарі залежить забезпечення санітарно-гігієнічних норм, попередження поширення внутрішньолікарняних інфекцій, а в деяких випадках і лікувально-діагностичний процес.

Молодший медичний персонал дитячого стаціонару повинен виконувати такі обов'язки:

- дотримуватися принципів медичної деонтології;
- підтримувати відповідний санітарно-гігієнічний стан відділення (вологе прибирання палат, кабінетів, коридорів, місць загального користування, дезінфекція та зберігання інвентарю для прибирання, приготування робочих дезінфікуючих розчинів);
- знайомити хворих дітей та їх батьків із правилами внутрішнього розпорядку відділення;
- супроводжувати хворих дітей та їх батьків, доставляти історії хвороб у діагностичні та лікувальні відділення і кабінети;
- допомагати палатній медичній сестрі в підготовці хворих до діагностичних досліджень;
- інформувати палатну медичну сестру або лікаря про погіршення стану хворої дитини;
- здійснювати контроль за зберіганням продуктів, які належать хворим, звертаючи увагу на їх якість;
- стежити за дотриманням режиму дня у відділенні хворими дітьми та відвідувачами;

- в разі необхідності супроводжувати дітей старшого віку до туалету;
 - повідомляти палатної медичної сестри про порушення хворими правил внутрішнього розпорядку;
 - забезпечувати правильне використання і зберігання предметів догляду за хворими;
 - своєчасно міняти натільну і постільну білизну хворим дітям, збирати брудну білизну;
 - проводити санітарну обробку хворих дітей;
 - транспортувати важкохворих дітей;
 - проводити щоденний туалет, переодягати дітей;
 - доглядати за шкірою, волоссям, вухами, очима, порожниною рота дітей, які перебувають на стаціонарному лікуванні;
 - подавати судно, сечоприймач і забезпечувати їх дезінфекцію;
 - проводити профілактику пролежнів;
 - доставляти біологічний матеріал в лабораторію;
 - дотримуватися правил техніки безпеки;
 - підвищувати свою кваліфікацію з питань догляду за хворими дітьми.
- Кваліфікаційні вимоги: повна або базова загальна середня освіта та підготовка на робочому місці. Без вимог до стажу роботи.

1.4. Молодша медична сестра – член міжпрофесійної команди.

Міжособистісне спілкування

Морально-психологічні взаємини в медичних колективах повинні базуватися на принципах демократичності, проте з дотриманням норм субординації. Поняття *субординація* (лат. Subordinatio – підпорядкування) означає суворе службове підпорядкування молодшого за посадою старшому, відповідно до службової вертикалі. Всі питання щодо режиму, харчування та лікування хворої дитини вирішує лікар, саме він несе основну моральну і правову відповідальність за стан хворого. Однак, неналежне та несвоєчасне виконання середнім та молодшим персоналом лікарських призначень може значною мірою нашкодити успішності лікування. Отримавши від лікаря розпорядження, медсестра повинна чітко їх виконувати. Якщо при виконанні призначень виникли труднощі, про це слід доповісти лікареві, за його відсутності – завідувачу відділення, а у вечірній час – черговому лікарю. При обході палат черговим лікарем або відвідуванні хворого лікарем-консультантом палатна сестра зобов'язана створити сприятливі умови для їх роботи.

Якщо у медичної сестри виникли сумніви щодо будь-якого призначення (в результаті лікарської помилки, нерозбірливого почерку тощо) або вона вважає, що зазначена в листку призначень доза є великою або небезпечною для хворої дитини, вона зобов'язана в коректній формі, віч-на-віч повідомити про це лікарю і виконати призначення лише після того, як лікар підтвердить

своє рішення. Якщо ж і після підтвердження призначень лікарем у медичній сестри залишаються сумніви, вона зобов'язана доповісти про це завідувачу відділення. У свою чергу лікар повинен шанобливо поставитися до її думки, а якщо медична сестра мала рацію, подякувати їй за уважність.

У присутності хворих чи їхніх родичів не слід робити зауваження молодшому за посадою. Якщо в цьому є негайна потреба, треба зробити це у ввічливій формі, при цьому бажано, щоб хвора дитина або її батьки не запідозрили неправильних дій медичного персоналу. У той же час під етичними і деонтологічними принципами в будь-якому випадку не повинні ховатися непрофесійні дії медичного персоналу; важливо пам'ятати, що основна мета лікувального процесу – одужання хворого.

Принципи субординації і висока культура повинні бути основою взаємовідносин палатних сестер між собою і взаємин палатної сестри з молодшим медичним персоналом. Медична сестра має бути вимогливою до себе, вміти в тактовній та доброзичливій формі звернути увагу своїх колег на їхні недоліки в роботі, а також без образ сприймати справедливі зауваження на свою адресу. Палатна сестра по відношенню до молодшої медичної сестри є не тільки колегою по роботі, а й керівником. Вона повинна робити усі розпорядження у ввічливій формі, без проявів роздратування чи зарозумілості. Звертатися до молодшої медичної сестри, особливо старшої за віком, треба на ім'я та по батькові. Так само необхідно робити і в розмовах зі хворими або їх родичами. Палатна сестра зобов'язана систематично контролювати виконання службових доручень молодшим персоналом. Відносини в медичній установі, які базуються на дотриманні принципів субординації, є запорукою чіткого виконання призначених терапевтичних заходів і забезпечення успіху лікувального процесу.

1.5. Особливості деонтології в роботі медичних працівників з дітьми та їх родичами

Деонтологія (Deontology) – наука, що займається вивченням етики і коректної поведінки.

Медична деонтологія – це сукупність етичних норм виконання медпрацівниками своїх професійних обов'язків, а також певних обов'язків лікаря по відношенню до хворого. Питання деонтології стосуються всіх медичних працівників, починаючи від молодшого медичного персоналу і закінчуючи лікарями всіх рівнів – від ординатора до професора. Найбільш відомий звіт застосовуваних у медицині етичних норм був сформульований Гіппократом (клятва Гіппократа).

Особливості деонтології в педіатрії обумовлені своєрідністю дитячої психіки залежно від віку дитини. Ефективність лікування хворих дітей визначається не тільки точною діагностикою захворювань, але і розумінням особистостей характеру та психічного стану хворої дитини. У зв'язку

з цим важливо знати і враховувати всі фактори, які беруть участь у формуванні особистості дитини: генетичні, екзогенно-органічні, сімейні тощо.

Ставлення медичних працівників до дітей, які перебувають на стаціонарному лікуванні, має бути рівним і доброзичливим. Важкохворі діти потребують любові, підвищеної уваги та співчуття. Ця загальновідома істина і повинна бути покладена в основу роботи медичного персоналу дитячого медичного закладу.

Особливої уваги потребують матері, які годують дитину груддю. Необхідно пам'ятати, що негативні емоції шкідливо впливають на процеси лактації, можуть спричинити її зниження і переведення малюка на штучне вигодовування, що в більшості випадків ускладнює перебіг хвороби. Тому в розмовах із матір'ю щодо стану здоров'я дитини слід відповідати відверто, але не перебільшувати негативні наслідки перебігу хвороби або лікування, і в жодному разі не позбавляти її надії на одужання дитини.

Різний культурний рівень і характерологічні особливості батьків вимагають від лікаря і медичного персоналу великого терпіння і дипломатичності з метою створення умов для комплаєнсу та успішного порозуміння, базуючись на доброті та повазі один до одного. Особливий такт необхідний тоді, коли дитина невиліковно хвора (вроджені вади, онкологічні захворювання та ін.).

Важливо враховувати психологічні особливості дітей пубертатного віку, тому що в саме цей період нервова система є найбільш вразливою, а притаманний підліткам пригнічений психічний стан може негативно позначитися на перебігу хвороби.

Дотримання медичним персоналом принципів деонтології значною мірою визначає якість обстеження і результати лікування дитини. Особливо це стосується маніпуляцій, пов'язаних із виконанням дитиною певних вимог до їх проведення (фіброгастроскопія, бронхоскопія, дуоденальне зондування, інвазійні методи лікування).

У разі погіршення стану хворої дитини медичному персоналу не можна допускати паніки, розгубленості, обговорень ситуацій щодо тяжкості хвороби або можливих ускладнень процедур, які проводяться дитині. Хвора дитина завжди відчуває стурбованість медичного персоналу та матері, тому не слід у присутності дитини говорити про тяжкість перебігу захворювання або про труднощі лікування. Цього ж слід вимагати від матері чи особи, яка здійснює догляд за дитиною. Неуважність в роботі, сторонні розмови під час обслуговування хворих, необережне коментування поведінки колег можуть мати негативні наслідки. Кваліфіковане, чітке, своєчасне і добросовісне виконання призначень і процедур зміцнюють віру хворої дитини та її батьків в успіх лікування.

Важливим обов'язком медичного персоналу є збереження професійної таємниці, якщо вона не зачіпає інтереси суспільства або хворого. Ці питання обговорені в ст. 40 розділу V Закону України. Медичні сестри не мають права розголошувати і обговорювати відомості про хворобу, таємні подробиці сім'ї дитини, які вони могли отримати під час виконання своїх професійних обов'язків. Молодшому медичному персоналу не потрібно брати на себе функції, які віднесені до компетенції лікаря і середнього медичного персоналу. Не слід роз'яснювати батькам або родичам хворих дітей характер захворювання, інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних досліджень. Доцільно говорити лише про загальний стан хворої дитини, морально підтримувати і підбадьорювати її батьків. Неприпустимо в присутності хворих обговорювати або критикувати професійний рівень і призначення лікарів. Це підриває не лише авторитет лікаря, але й віру хворого в успіх лікування. У той же час медична сестра в жодному разі не повинна приховувати помилки, які були допущені при виконанні її обов'язків; якщо це сталося, не слід виправляти помилку самотійно, краще розповісти про це лікарю: чесність у роботі є запорукою злагодженої і ефективної роботи всього колективу лікарні.

До медичної деонтології відноситься і ставлення між колегами. Взаємовідношення між середнім і молодшим медперсоналом повинні бути демократичними, проте робота передбачає дотримання суворої дисципліни. Медичному працівнику завжди необхідно бути зібраним, спокійним і врівноваженим, не допускати нервозності в роботі, а в ставленні до хворих бути коректним, уважним і не допускати панібратства.

Культура службових взаємин у лікарні повинна базуватися на високій трудовій дисципліні, товариській взаємодопомозі, ввічливості та доброзичливому ставленні до людей. Службові відносини медичних працівників складаються з відносин між співробітниками, хворими та їх родичами. Проявами добрих відносин є постійна готовність допомогти колезі в скрутних ситуаціях, які можуть виникати під час виконання різних процедур, пам'ятаючи, що головне – це здоров'я дитини.

Пацієнт має право на автономність, або самостійність, бути захищеним, головним чином, його згодою на лікування, яке він дає при отриманні інформації про стан свого здоров'я. Принцип інформованої згоди затверджувався в сучасній охороні здоров'я разом з визнанням пріоритетного значення прав людини в усіх сферах життя. Цей принцип означає, що лікар, медсестра, фельдшер або будь-який інший медичний працівник повинні максимально повно інформувати пацієнта, надавати йому оптимальні поради, враховуючи його можливості в спілкуванні і соціальне становище. На підставі цього пацієнт вільно визначає свої подальші дії, які, на його думку, є найбільш прийнятними і кращими. Однак, може трапитися, що його рішення не стане

найкращим з точки зору медицини. Пацієнт взагалі може відмовитися від лікування, і з цим доведеться рахуватися. Тим не менш, медичні працівники повинні зробити все, щоб довести до хворого доцільність і необхідність того чи іншого виду лікування. Якщо пацієнт – дитина, то в разі відмови батьків від лікування або неналежного виконання ними призначень лікар повинен повідомити про це в органи соціальної опіки. Примусове лікування соціально небезпечних хворих може здійснюватися лише за рішенням суду.

1.6. Організація робочого та лікарняного простору. Інфекційна безпека, безпечне лікарняне середовище або захист медичного персоналу

У кожному дитячому лікувальному закладі існує певний внутрішньо-лікарняний режим. Однією з найважливіших умов лікувально-охоронного режиму є охорона психіки хворої дитини і її матері, яка за нею доглядає, створення сприятливих умов, які забезпечують хворим максимальний фізичний і психологічний спокій. Для цього необхідно встановлення найбільш раціонального режиму дня відповідно до віку хворих дітей і профілю відділення, з усуненням несприятливих зовнішніх впливів навколишнього середовища (голосна розмова, шум, скрип дверима та ін.).

Зміна медперсоналу, прибирання приміщень, вимірювання температури проводяться після пробудження хворих і не раніше 7.00 ранку. Важливо усувати негативні емоції, які можуть виникнути у хворих дітей при вигляді предметів медичного огляду і догляду (закривавлена білизна, шприци і скальпелі, тазики з брудною ватою і бинтами). Велике значення має організація дозвілля хворих: розміщення стендів із книжками, журналами з догляду за дітьми, раціонального харчування, пропаганди здорового способу життя, з якими можуть ознайомитися батьки і діти старшого віку. Для одужуючих дітей повинна бути передбачена ігрова кімната. Прогулянки на свіжому повітрі, особливо влітку, також є складовою частиною лікувального процесу. Для забезпечення санітарно-гігієнічного режиму в усіх відділеннях дитячої лікарні проводять загальне прибирання приміщень вологим способом з використанням дезінфікуючих засобів не рідше двох разів на день. Під час прибирання спочатку протирають тумбочки, ліжка, ручки дверей і підвіконня, чистять раковини, потім миють підлогу. Інвентар для прибирання повинен бути промаркований і зберігатися в окремій кімнаті. Санітарно-гігієнічні норми педіатричного відділення передбачають виділення кожній хворій дитині ліжка, застеленого чистою білизою, приліжкової тумбочки для зберігання особистих речей. Якщо необхідно, дитині видають горщик, підкладне судно, предмети індивідуального користування (поїльник, чашку, одяг). У відділення хворі беруть із собою предмети особистої гігієни. Палата для грудних дітей додатково обладнується спеціальною дитячим ліжечком з відкидними спинками, які фіксуються на різній

висоті, сповивальним столиком, шафою для білизни, ванною для купання дитини, бачком для замочування брудної білизни.

Температура повітря в палаті і приміщеннях, де перебувають хворі діти старшого віку, повинна бути 20–22 °С; в палаті для немовлят – 23–24 °С, для новонароджених оптимальною (безпечною) вважається температура 25–28 °С. При зниженні температури в палаті необхідно додатково їх обігрівати зі збереженням необхідної вологості. Висока температура повітря небажана, оскільки можливий перегрів дитини. Освітлення палати може бути природним або штучним і становити 75–100 люкс; рівень шуму – не більше 50 дБ. Набір іграшок повинен бути індивідуальним і відповідати віку дитини. Іграшки повинні легко піддаватися санітарній обробці. Не рідше одного разу на 7–10 днів (за необхідністю частіше) хворій дитині проводиться гігієнічна ванна з повною зміною натільної і постільної білизни. Щодня здійснюється туалет дитини, перед прийомом їжі обов'язкове миття рук. Тяжкохворим дітям умивання проводять у ліжку. Дуже важливо проводити провітрювання палат за допомогою фрамуги не менше 4 разів на день, незалежно від пори року. За необхідністю проводять кварцювання палат. Під час проведення цих заходів дітей виводять в інші приміщення (коридор, їдальня, ігрова кімната).

Вологе прибирання приміщень дитячого відділення проводять щодня. Панелі миють або протирають вологою ганчіркою 1 раз на 3 дні. Верхню частину стін, стелі, плафони очищають від пилу 1 раз на тиждень; з такою ж частотою протирають віконні рами і двері. Дуже важливо щоденне вологе протирання радіаторів і труб центрального опалення, оскільки при прогоранні пилу може утворюватися окис вуглецю, що є неприпустимим. М'які речі (килими, штори, покривала, ковдри, подушки) вибивають і витрушують на відкритому повітрі або чистять пилососом.

Особливу увагу в педіатричних відділеннях приділяється збору брудної білизни, стерилізації пустушок і пляшечок для дитячого харчування. Кип'ятіння сосок, миття пляшок – процес досить трудомісткий і повинен ретельно виконуватися. Це робить спеціально призначена молодша медична сестра, яка одночасно може й роздавати їжу хворим.

В інфекційному відділенні всі ці заходи повинні проводитися згідно з вимогами до санітарно-гігієнічних норм, які виключають можливість інфікування інших дітей. У дитячих стаціонарах необхідно попереджати поширення інфекційного захворювань і виникнення реінфекції серед дітей. Це досягається шляхом отримання даних про епідемічне оточення дітей, що надходять у стаціонар, наявністю боксів та поетапним їх заповненням, дотриманням протиепідемічного режиму у відділенні і в педіатричному стаціонарі в цілому.

Протиепідемічний режим в стаціонарі передбачає наступне:
– суворе дотримання правил прийому на роботу персоналу;

- забезпечення своєчасного проходження обов'язкових профілактичних медичних оглядів;
- виконання правил особистої гігієни персоналом та пацієнтами;
- достатню кількість миючих і дезінфікуючих засобів, спецодягу, прибирального інвентарю;
- дотримання молодшим медперсоналом вимог до збирання і зберігання прибирального інвентарю.

При оформленні на роботу медичні працівники проходять поглиблений огляд терапевта, дерматовенеролога, гінеколога, стоматолога, отоларинголога. Обов'язковими є проведення флюорографії органів грудної клітки, бактеріологічне дослідження слизу із зів та носа, посів калу на кишкову флору, серологічні реакції на сифіліс. Не допускаються до догляду за дітьми особи з гнійничковими та паразитарними захворюваннями шкіри, інфекційними захворюваннями, туберкульозом. Обстеження проходять один раз на рік. Це відіграє велику роль в своєчасному виявленні хворих серед медперсоналу, і є одним із заходів профілактики захворювань дітей у дитячих стаціонарах.

Важливе значення в дотриманні протиепідемічного режиму в лікарні має правильна організація харчування дітей, приготування їжі, її транспортування і роздача, а також дотримання умов зберігання продуктів харчування. Зберігати в тумбочках продукти харчування категорично забороняється. Для цього в буфеті або їдальні повинен бути холодильник.

Для профілактики розповсюдження інфекції та захисту медичного персоналу використовують засоби індивідуального захисту (ЗІЗ). Це всі засоби, призначені для використання працівником з метою індивідуального захисту від одного або більше ризиків, які могли б становити загрозу безпеці та здоров'ю на роботі, а також будь-які пристосування, аксесуари чи змінні компоненти, призначені для цієї мети. Це медичні рукавички, халат захисний від інфекційних агентів, медична (хірургічна) маска, захисні окуляри/щиток для обличчя. Захисну маску рекомендовано застосовувати всім медичним працівникам, особливо під час процедур і маніпуляцій, які вимагають стерильності, щоб захистити пацієнта від можливих інфекцій. Маску потрібно змінювати, щойно вона стала вологою, але не рідше, ніж кожні чотири години. Знімати маски слід після зняття рукавичок і виконання гігієни рук. Однак при цьому слід враховувати, що доторкання до передньої частини маски (брудної ділянки) призводить до контамінації (забруднення) шкіри рук, що є показанням для проведення гігієни рук.

Особливу увагу слід приділяти профілактиці нозокоміальних (внутрішньолікарняних) інфекцій. Система заходів зі знищення збудників хвороб і створення умов, що перешкоджають поширенню їх в навколишньому середовищі, називається дезінфекцією. Розрізняють вогнищеву дезінфекцію, яку проводять в епідемічному осередку, і профілактичну.

Вогнищеву дезінфекцію за часом проведення і метою поділяють на поточну і заключну. Поточна дезінфекція полягає в знешкодженні всіх збудників хвороби негайно після їх виділення з джерела інфекції: обробка предметів хворого (судна, предмети огляду, білизна, посуд для їжі та ін.). Найважливіше значення поточна дезінфекція має при кишковій інфекції. Систематично проводять вологе прибирання приміщення, де знаходиться хворий, за допомогою дезінфікуючих розчинів, кип'ятіння іграшок, посуду. Одним із засобів поточної дезінфекції при краплинних інфекціях є провітрювання і ультрафіолетове опромінення (кварцювання) приміщень, де перебувають хворі діти.

Заключна дезінфекція в осередку проводиться співробітниками дезінфекційної станції, коли інфекційне захворювання ліквідовано (госпіталізація або повне одужання хворого). Дезінфекції підлягають приміщення, де знаходився хворий, усі предмети домашнього побуту і одяг хворого. Для дезінфекції приміщень використовують механічне прибирання (миття, відбілювання) з використанням дезінфікуючих розчинів. Білизну, посуд і предмети побуту обробляють так само, як при поточній дезінфекції.

Профілактичну дезінфекцію проводять для попередження інфекційних захворювань в лікувально-профілактичних установах. Вона включає знезараження води (кип'ятіння), миття ванни та палати з використанням дезінфікуючих розчинів після виписування хворих, миття рук перед прийняттям їжі, пастеризацію або кип'ятіння молока, боротьбу з переносниками (носіями) збудників інфекційної хвороби.

Для проведення дезінфекції використовують фізичні, механічні, термічні, променеві та хімічні способи. До механічних способів відносять прання білизни, миття рук, провітрювання палат, видалення пилу і бруду (пилососом, вологою ганчіркою та ін.). До термічних – кип'ятіння, прасування, спалювання, обробку водяною парою (в автоклавах), прожарювання (в сухожаровій шафі). Термічний спосіб використовується для дезінфекції предметів догляду за хворими, посуду, натільної і постільної білизни. До променевих способів відносять ультрафіолетове опромінення, ультразвук, радіоактивне випромінювання. Ці методи застосовують для дезінфекції палат, процедурних кабінетів. Хімічні способи дезінфекції є найпоширенішими і полягають у застосуванні різних дезінфікуючих розчинів. Існує антисептика для рук, шкіри і слизових оболонок. Дезінфікуючі засоби використовують для обробки твердих поверхонь, інструментів і обладнання, а також вологого прибирання приміщень. Усі перелічені дезінфекційні способи застосовують відповідно до вказівок, згідно з інструкцією. Слід зазначити, що ефективність дезінфекційних заходів збільшується при поєднанні різних способів обробки, наприклад, механічного та хімічного. Профілактичну і поточну дезінфекцію в епідемічному осередку проводять молодша і середня медичні сестри. Для проведення заключної дезінфекції в епідемічному осередку можуть запрошуватися працівники центрів санітарно-епіде-

міологічного контролю (санітарно-епідеміологічних станцій). Інвентар для проведення дезінфекційних заходів (відра, швабра, ганчірка і ін.) маркується і використовується тільки в приміщеннях, для яких вони призначені.

1.7. Інфекційний контроль в дитячій лікарні

Інфекційний контроль – це система організаційних, профілактичних і протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення та розповсюдження інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, що базується на результатах епідеміологічного нагляду.

Згідно з наказом МОЗ України № 1614 за інфекційний контроль у закладах охорони здоров'я відповідає відділ інфекційного контролю (ВІК).

Основне завдання ВІК – організувати профілактику інфекцій та інфекційного контролю (ПІК) щоб запобігти поширенню інфекційних хвороб, у тому числі, пов'язаних із наданням медичної допомоги, мікроорганізмів із антимікробною резистентністю та формування культури безпеки в медичному закладі.

Лікарня з метою дотримання санітарних норм і забезпечення ПІК:

- розробляє стандартні операційні процедури;
- впроваджує нові клінічні протоколи з емпіричної антимікробної терапії та передопераційної антибіотикопрофілактики в установленому законодавством порядку;
- проводить ретроспективний аудит відповідності призначення антимікробних препаратів;
- навчає та перевіряє знання працівників з питань ПІК, покращення гігієни рук, профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги, адміністрування антимікробних препаратів.

До складу ВІК входять:

- 1) медичний директор, голова ВІК;
- 2) лікар-епідеміолог;
- 3) помічник лікаря-епідеміолога;
- 4) клінічний провізор, координатор з адміністрування антимікробних препаратів;
- 5) головна медична сестра, координатор з гігієни рук;
- 6) сестра медична старша, заступник координатора з гігієни рук і спостерігач;
- 7) сестра медична операційна, інструктор/тренер;
- 8) лікар загальної практики та сімейної медицини, координатор навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;
- 9) статистик медичний, спеціаліст зі збору та аналізу даних.

1.8. Професійний медичний клінінг і аутсорсинг. Кольорове кодування

Медичний аутсорсинг (англ. outsourcing (outer-source-using)) – це передача на основі договору, певних функцій та видів робіт, такими лікувальними та оздоровчими організаціями, як клініки, лікарні, госпіталі, будинки

престарілих, санаторії чи інші заклади, що надають медичну та профілактичну допомогу, компаніям, які діють в потрібному напрямку та впливають на безперервну роботу організації. Світова практика щодо делегування послуг зовнішнім виконавцям свідчить: найчастіше лікарні доручають їм послуги з прання, прибирання, сервісу медобладнання, менеджменту відходів і харчування. У європейських клініках на аутсорсинг часто передають і виконання лабораторних досліджень. Також до послуг аутсорсингу відносяться транспортування хворих, проживання для родичів пацієнтів, фізіотерапія, реабілітація, хіміотерапія, перитонеальний діаліз, діагностична та терапевтична радіологія. Цей перелік послуг може бути продовжений та залежить від країни. В Україні діагностичні дослідження та інші перелічені послуги сьогодні виконують клінічні лабораторії та підрозділи лікарень.

Очевидною перевагою медичного аутсорсингу є зменшення витрат – економія фонду оплати праці, відсутність потреби утримувати додаткові структурні підрозділи та можливість спрямовувати кошти на пріоритетні напрямки діяльності.

У медичній сфері клінінгові послуги – явище відносно недавнє. Прибирання в таких медичних установах, як поліклініки, лікарні, клініки і санаторії досі часто здійснює молодший медичний персонал. Для того, щоб прибирання лікарень та інших медичних закладів проходило на найвищому рівні, його повинні проводити досвідчені співробітники клінінгових компаній. Вони мають усі відповідні документи, пов'язані з допуском до подібного роду діяльності і гарантують дотримання всіх існуючих норм гігієни і санітарної обробки.

Існує два види прибирання: поточне та генеральне.

Поточне прибирання проводять два рази на день перед початком роботи і в кінці робочого дня.

Генеральне прибирання проводять у приміщеннях з особливим режимом один раз на тиждень, в інших – один раз на місяць.

Повсякденне миття в лікувально-профілактичному закладі (ЛПЗ) включає обробку всіх робочих поверхонь, обладнання, меблів, підвіконь, підлог вологим способом не рідше двох разів на добу зі спеціальними миючими і дезінфікуючими засобами. Частота проведення повсякденних прибирань залежить від профілю конкретного структурного підрозділу та об'єкта:

– в перев'язувальних необхідно два рази на день мити підлогу, стіни, ручки дверей, раковини;

– один раз на день мити двері, вікна, підвіконня, радіатори і медичні шафи;

– повсякденне прибирання післяопераційних палат проводиться два рази на день – миття підлогу та ручки дверей, один раз на день – стіни, двері, вікна, підвіконня, радіатори, медичні шафи;

– повсякденне прибирання звичайних палат – один раз на день;

– підлогу в коридорах і на сходах, а також у санвузлах миття два рази на день;

- унітаз очищають не рідше двох разів на день;
- стіни в коридорі очищають один раз на три місяці;
- прибирання приймального відділення проводять не рідше 2 разів на день вологим способом з використанням розчину дезінфікуючих засобів.

У приміщеннях з особливим режимом прибирають за типом профілактичної дезінфекції. Наприклад, в операційному блоці (кабінет класу чистоти А, особливого режиму), коли є висока інтенсивність забруднення поверхонь кров'ю та іншими біологічними виділеннями і високий потенційний ризик інфікування.

Генеральне прибирання – комплекс санітарно-гігієнічних та дезінфекційних заходів, які проводять зі встановленою періодичністю для видалення всіх видів забруднень та зниження мікробного обсіменіння за їх функціональним призначенням.

Періодичність генерального прибирання залежить від функціонального призначення, можна проводити його планово і як разовий захід. В останньому випадку генеральне прибирання проводять по всьому об'єкту чи в окремих приміщеннях при заключній дезінфекції, а також:

- за санітарно-гігієнічними показаннями;
- після реконструкції, завершення поточного або капітального ремонту;
- за епідеміологічними показаннями.

Контроль якості проводять на відкритих поверхнях і у важкодоступних місцях до початку експлуатації приміщень відразу після завершення прибирання або не пізніше, ніж через 30 хв після його закінчення.

У табл. 1 представлені варіанти прибирання в закладах охорони здоров'я.

Таблиця 1

Прибирання у закладі охорони здоров'я

Тип	Частота проведення	Обов'язки персоналу
Попереднє	Щодня перед початком роботи	Підготувати робоче місце, зробити вологе прибирання усіх поверхонь
Поточне	Протягом робочого дня	Прибирати методом протирання (п. 12.6 Інструкції щодо організації контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів, затвердженої наказом МОЗ від 04.04.2012 № 236). Дезінфікувати вологим способом кабінети і відділення залежно від їх функціонального призначення
Заключне	Наприкінці робочого дня	Прибрати робоче місце, зробити вологе прибирання усіх поверхонь
Генеральне	Раз на місяць	Кожне приміщення прибирати у чотири кроки: <ul style="list-style-type: none"> • видалити з приміщення сміття і медичні відходи; • відсунути меблі від стін, протерти стелю; • протерти світильники, батареї, меблі, поверхні апаратів та приладів ганчірками, змоченими у дезінфекційному розчині; • помити підлогу: спочатку ретельно вимити кути, плінтуси і підлогу біля них по всьому периметру, потім – центральну частину кімнати

Кольорове кодування – це міжнародне признаний спосіб розмежування інвентарю залежно від місця та способу його використання. Існують загальноприйняті стандарти значення кольорів. Всього їх чотири: червоний, зелений, синій і жовтий.

Червоний колір означає, що даним інструментом наводять чистоту в приміщеннях, які відрізняються сильним бактеріальним забрудненням. Це туалетні кімнати, підлоги у ванній, кімнати з брудною білизною і відходами, санітарні приміщення в медичних установах. Такі приміщення вимагають особливого підходу до їх санітарного стану і прибирання.

Зелений колір маркування – це прибирання перев'язувальних і маніпуляційних кабінетів, операційних блоків.

Інвентар з **синім** або блакитним маркуванням служить для клінінгу палат, коридорів і ординаторських.

Жовтий колір вказує на інвентар, призначений для прибирання процедурних кабінетів, раковин, ванн, душових кабін, дзеркал, кахлю на стінах.

1.9. Особливості збирання анамнезу у хворої дитини та її родичів.

Схема історії хвороби дітей

Збір анамнезу хворої дитини має певні особливості. У разі, якщо дитина не може розмовляти, проводиться розпитування батьків або інших родичів дитини. Якщо дитина здатна розповідати, анамнез збирають шляхом контакту як із дитиною, так і з тими, хто здійснює з догляд або проживає разом із нею. Збір анамнезу проводиться за традиційною схемою, але на відміну від загальноприйнятої методики розпитування, під час збирання анамнезу дітей раннього віку обов'язково з'ясується наступне: перебіг вагітності і пологів у матері (гестоз, загроза переривання вагітності, захворювання в період вагітності, контакти з хворими, медичні втручання тощо), особливості раннього періоду адаптації новонародженої дитини до умов зовнішнього середовища, становлення фізичного і нервово-психічного розвитку, тривалість грудного вигодовування, перенесені захворювання, правильність проведення та наявність профілактичних щеплень і реакції на них (*див. додаток 1*). Якщо мати не може точно відповісти на поставлені питання, це слід зазначити в історії хвороби і в разі потреби звернутися до медичного закладу, де спостерігалася під час хвороби мати або дитина. Під час розмови з батьками хворої дитини необхідно ставитися до них уважно; не слід відразу ж робити їм зауваження щодо огляду, вигодовування або лікування дитини, оскільки це може ускладнити процес опитування; вельми важливо під час розмови знайти контакт з дитиною.

NB! Повноцінно зібраний анамнез сприяє своєчасному встановленню діагнозу і якісному лікуванню.

Дитина перебуває в постійному розвитку, тому для кожного вікового етапу характерні свої риси, які можуть визначати її психологічний стан при надходженні до стаціонару. У дітей грудного віку найбільш сильна

психологічна єдність із матір'ю, діти дошкільного віку найбільш страждають через можливий відрив від сім'ї, для школярів також важливі взаємовідносини з однолітками. У той же час оцінити психологію дитини неможливо поза контекстом взаємин в сім'ї. Атмосфера, яка складається в сім'ї під час хвороби дитини, багато в чому залежить від того, як його виховують. Деякі батьки, зрозумівши, що вони до хвороби недостатньо оточували дитину турботою і приділяли їй мало уваги, змінюють свою поведінку, надмірно опікують її, іноді шкодуючи, що не виконували призначень лікаря. У цих випадках необхідно застерігати батьків, що, керуючись добрими намірами, вони можуть завдати шкоди дитині. При лікуванні дитини лікар у доступній формі повинен обов'язково інформувати батьків про необхідність призначеного лікування, пояснювати важливість і доцільність проведення того чи іншого додаткового дослідження, отримавши на це згоду батьків. Загальне обговорення питань лікування допомагає з'ясувати додаткову інформацію щодо індивідуальних особливостей дитини.

Обов'язком медичного персоналу лікарні є підтримування впевненості батьків у правильності дій лікаря. Хворі діти по-різному переносять свою хворобу, але у кожної дитини спостерігається та чи інша психологічна відповідь на патологічний процес. Реакція особливості хворої дитини на хворобу називається внутрішньою картиною хвороби. Її формування у дітей відрізняється від такої у дорослих тим значніше, чим молодша дитина. Розуміння процесів, які відбуваються в організмі, є сприйняттям хвороби залежності від рівня розвитку мислення і віку дитини, особливостей її темпераменту.

Залежно від індивідуальних особливостей емоційного сприйняття дитини можуть виникати три типи внутрішньої картини хвороби:

1) *гіпнозогнотичний* – з емоційною недооцінкою симптомів, ігноруванням хвороби;

2) *гіпернозогнотичний* – з надлишковою емоційною напруженістю, пов'язаною з переживаннями у зв'язку зі хворобою, перебільшенням тяжкості симптомів захворювання, відсутністю віри в успіх лікування;

3) *прагматичний* – з прагненням до реальної оцінки захворювання і його прогнозу, добрим контактом з лікарем і бажанням виконувати всі його призначення.

Своєчасна адекватна оцінка внутрішньої картини хвороби, безсумнівно, допомагає в лікуванні дитини. Вплив професійної діяльності медичного персоналу і морального клімату медичного закладу на формування внутрішньої картини хвороби у дитини багатоплановий, тому психологічний підхід – важлива частина знань і досвіду медичного персоналу в дитячому відділенні. Довіру до медичного персоналу обумовлює його поведінка, особистий приклад, людські якості. У процесі лікування і догляду за дитиною необхідно долати сумніви батьків і страх дитини. Непоступливість щодо питань лікування, яка виражена в доброзичливій і м'якій формі

в поєднанні з повагою і з дотриманням певної дистанції – одне з основних правил спілкування з дитиною та її батьками. Однією з найважливіших завдань медичного персоналу в педіатричному відділенні є встановлення контакту з сім'єю хворої дитини, незважаючи на всі труднощі, пов'язані з характерологічними особливостями її батьків. Без адекватного взаємодії з ними неможливо не тільки нормалізувати психічний стан, а й бути впевненим у виконанні призначень і ефективності лікування дитини. Спокійна інтонація, слова, які вимовляються твердо, але з повною повагою до дитини та її батьків, навіювання дитині та її близьким родичам думки про те, що вони самі щиро зацікавлені і потребують виконання лікарських призначень, завжди зумовлюють успіх.

Схема історії хвороби наведена у *додатку 1*.

Тема 2. Організація роботи приймального відділення

2.1. Приймальне відділення дитячої лікарні: функції, шляхи госпіталізації

Приймальне відділення лікарні – підрозділ стаціонару, до якого зазвичай входять вестибюль, оглядова кімната, санпропускник та ізоляційні бокси для огляду дітей, у яких підозрюють інфекційні хвороби, кабінет лікаря, процедурна кімната, кімнати для медперсоналу, санвузол (кількість відповідних приміщень відповідає профілю і потужності стаціонару).

Від того, наскільки правильно та оперативно організовано роботу приймального відділення, залежить успіх та результати подальшого лікування. Дуже важливо, щоб персонал приймального відділення завжди уважно ставився до хворої дитини, враховував її стан і хвилювання батьків, терпляче вислуховував скарги як самої дитини, так і осіб, які її супроводжують.

Основні функції приймального відділення:

- прийом, реєстрація, огляд (первинна діагностика) та розподіл пацієнтів;
- заповнення медичної документації;
- санітарна обробка пацієнтів, яких госпіталізують;
- транспортування пацієнтів у лікувальне відділення;
- надання невідкладної медичної допомоги;
- інформаційно-довідкова функція.

Робота приймального відділення ведеться у певній послідовності:

1. Реєстрація дитини, яку доставили до стаціонару, в журналі госпіталізації, заповнення титульної сторінки медичної карти стаціонарного хворого.
2. Огляд лікаря, який фіксує дані анамнезу та об'єктивного обстеження дитини в історії хвороби.
3. Первинна діагностика захворювання і надання необхідної медичної допомоги.
4. Вимірювання температури тіла, антропометрія.

5. Огляд дитини на педикульоз і коросту. Проведення необхідної санітарної обробки, спосіб якої призначає лікар.

6. Транспортування хворої дитини у відділення відповідного профілю.

Шляхи госпіталізації хворих до стаціонару:

1. Планова госпіталізація за направленням лікаря закладів первинної медичної допомоги (районні поліклініки, медико-санітарні частини тощо).

2. Ургентна госпіталізація хворих, доставлених машиною «Швидкої допомоги».

3. Переводом з одного стаціонару до іншого за домовленістю.

4. Шляхом самозвернення.

Показання до стаціонарного лікування, а також профіль дитячого стаціонару визначає лікар, який направляє дитину до стаціонару, проте в разі появи нових симптомів або погіршення стану дитини під час огляду у приймальному відділенні це визначає лікар приймального відділення. Дітей раннього віку госпіталізують з одним із батьків. Під час госпіталізації необхідно дотримуватися поетапного заповнення палат, що передбачає відсутність контактування з дітьми, які вже на стадії одужання.

Якщо в дитини інфекційне захворювання (кір, скарлатина, кашлюк, вітряна віспа, кишкові інфекції та ін.), її госпіталізують в інфекційну лікарню.

Дітей із неінфекційною патологією (уроджені вади розвитку, гіпотрофія, рахіт, хронічні захворювання серця, травного тракту, нирок, порушення обміну та ін.) госпіталізують у профільні соматичні відділення.

Якщо потрібно надати допомогу дитині з гострою хірургічною патологією або для проведення планової операції, її госпіталізують у дитяче хірургічне відділення багатопрофільної лікарні або спеціалізоване відділення: кардіохірургічне, урологічне, торакальної хірургії тощо.

2.2. Заповнення медичної документації приймального відділення педіатричного стаціонару (журнал прийому хворих, медична картка стаціонарного хворого, температурний лист, листок лікарських призначень та ін.); електронний документообіг

Документація приймального відділення педіатричного стаціонару:

– журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації – облікова форма 001/о;

– медична карта стаціонарного хворого – облікова форма 003/о (див. додаток 2);

– температурний лист – облікова форма 004/о (див. додаток 3);

– екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове або гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення – облікова форма 058/о (див. додаток 4);

– листок лікарських призначень – облікова форма 003-4/о;

– карта пацієнта, який вибув зі стаціонару – облікова форма 066/о;

– журнал обліку інфекційних та паразитарних захворювань – форма 060/о.

Термін зберігання перелічених форм – 25 років.

З 1 січня 2021 р. всі заклади охорони здоров'я України перейшли на електронний документообіг, тобто мають видавати пацієнтам електронні направлення.

Електронне направлення (далі – *е-направлення*) – це залучення лікарем-куратором іншого надавача медичної допомоги на підставі оцінки стану здоров'я пацієнта та медичних показань для надання відповідного медичного обслуговування. Е-направлення до лікаря може бути лише безадресним, тобто не вказує ані назви закладу, куди направили пацієнта, ані лікаря, який надаватиме послуги.

Е-направлення виписує сімейний лікар, терапевт, педіатр або ж лікар-куратор (див. додаток 5). Це означає, що Національна служба здоров'я України (НСЗУ) платить спеціалізованим закладам за конкретно надану медичну послугу конкретному пацієнту. Лікар-спеціаліст теж може самостійно створювати е-направлення, і для цього пацієнтові не потрібно звертатися до лікаря первинної медичної допомоги (ПМД), з яким укладено декларацію. Технічна можливість самостійно створювати в електронній системі охорони здоров'я направлення є у будь-якого лікаря, зареєстрованого в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ), незалежно від форми власності закладу чи спеціальності лікаря. Після того як лікар створив направлення, пацієнту приходить SMS-повідомлення на номер, який вказано в його декларації від е-Health, з текстом «Ваше направлення: XXXX-XXXX-XXXX-XXXX», тобто номер направлення складається із 16 символів (цифр та літер).

Кожне створене в Системі електронне направлення до лікаря можна побачити на дашборді (аналітичні панелі) НСЗУ «Аналіз ведення електронних направлень лікарями первинної та спеціалізованої допомоги». Будь-хто може зайти на сайт та в зрозумілому інтерфейсі знайти інформацію, яка його цікавить. Інструкції для максимально ефективного використання знаходяться в кінці кожного дашборду. Дані є динамічними та оновлюються декілька разів на день.

Лікар може змінити чи виправити направлення тільки шляхом скасування і створення нового.

ВВ! *Направлення від сімейного лікаря НЕ ПОТРІБНЕ при невідкладних станах (виклик ШМД чи звернення до прийомного відділення).*

Для того, щоб **отримати електронне направлення** в Комунальному Некомерційному Підприємстві, потрібно:

- укласти декларацію з сімейним лікарем;
- записатися на прийом за телефоном або через додаток «Хелсі»;
- отримати консультацію лікаря та, за необхідністю, е-направлення на діагностику (клінічні та біохімічні аналізи, рентгенографію, УЗД та інше) чи консультацію до лікаря-спеціаліста.
- отримати СМС з номером е-направлення (за бажанням пацієнта лікар може роздрукувати направлення).

За направленням сімейного лікаря пацієнт обирає лікарню, в якій бажає отримати консультацію лікаря-спеціаліста (зараз пацієнт може вільно вибрати, до якого лікаря-спеціаліста звернутись за направленням, незалежно від місця проживання). Далі номер е-направлення пацієнт повідомляє лікарю-спеціалісту і отримує медичну послугу безоплатно. Е-направлення діє в період впродовж року від створення, пацієнту краще дотримуватися рекомендацій лікаря щодо термінів проходження обстеження чи отримання консультації спеціаліста, на які він направив пацієнта.

2.3. Санітарно-гігієнічна обробка дітей, що надходять до стаціонару

Санітарно-гігієнічна обробка хворих – це комплекс заходів, спрямованих на попередження проникнення та розповсюдження інфекційних та паразитарних захворювань в лікувально-профілактичних закладах (профілактика внутрішньо лікарняної інфекції). Санітарна обробка хворих проводиться при госпіталізації хворого у стаціонар у санпропускнику приймального відділення і включає наступні заходи:

1. Огляд пацієнта на наявність інфекційних, шкірних та паразитарних захворювань (педикульоз та скабіоз).
2. У разі потреби проведення протипедикульозної та протискабіозної обробки.
3. Гігієнічні водні процедури (обтирання, душ або ванна).
4. Гоління, стрижка волосся та нігтів.
5. Перевдягання у лікарняний одяг.

Виділяють наступні види санітарної обробки хворих: повну (включає всі заходи) та часткову, яка включає загальні гігієнічні процедури та спеціальні заходи (протипедикульозні, протискабіозні). Питання про обсяг санітарної обробки хворого вирішує лікар приймального відділення після огляду хворого, встановлення діагнозу та оцінки його загального стану. *Загальна санітарна* обробка у повному обсязі проводиться хворим у задовільному загальному стані, а також тим, хто не має важких захворювань або ушкоджень шкірних покривів.

Часткова обробка проводиться важкохворим, хворим із високою гарячкою, у непридатному стані, важких ураженнях шкіри. У випадках важкого стану пацієнта, які потребують термінових реанімаційних заходів, санітарна обробка не проводиться. Проводить санітарну обробку хворого безпосередньо медична сестра за допомогою молодшої медичної сестри.

2.4. Огляд дитини на педикульоз.

Методика та техніка обробки дитини при виявленні педикульозу

Педикульоз – це паразитарне шкірне захворювання. Ураження головними та платтяними вошами називається педикульоз, лобковими – фтириоз. Зовнішній вигляд вошей представлено на *рис. 2.1.*



Рис. 2.1. Зовнішній вигляд вошей: а) головна, б) платтяна, в) лобкова

Головна воша найчастіше живе у волосистій частині голови, в основному на скронях, потилиці, тімені, але може зустрічатися також на тілі, одязі, білизні.

Самиця відкладає на волоссі до 4 яєць на день (150 за життя), які біля кореня дуже міцно спаяні з волоссям за рахунок речовини, що виділяє самиця. Тривалість життя дорослих вошей 27–38 діб. Протягом свого життя воші перебувають на тілі людини і живляться її кров'ю, при своєму розвитку



проходять 3 стадії: яйце-гнида (рис. 2.2), личинка і статевозріла воша. *Платтяна воша* живе у білизні людини, при великій кількості може селитися в одязі, постільній білизні, панчохах, взутті. Для смоктання крові платтяні воші виходять на шкіру, для відкладання яєць скупчуються у найтепліших місцях – складках, швах та ін. Крім безпосереднього паразитизму, платтяні воші здатні переносити епідемічний висипний тиф, епідемічний (або вошивий) поворотний тиф, волинську гарячку.

Лобкова воша (площиця) живе на волоссі лобка, бровах та інших волосистих частинах тіла, міцно утримуючись на шкірі, малорухома.

Без харчування головна воша живе 24 год, платтяна – 7–10 діб, лобкова – 10 год.

Педикульоз передається під час безпосереднього контакту зі вже зараженою дитиною і користування спільними предметами побуту (одяг, білизна, головні убори, гребінці, щітки для волосся тощо), також йому сприяють порушення санітарно-гігієнічних правил, велика скупченість людей (вокзали, дитячі майданчики, школи, секції, дитячі свята та ін.). Всупереч поширеній думці, цими паразитами можуть заразитися навіть діти з благополучних сімей.

У приймальному відділенні медична сестра повинна оглянути голову дитини на наявність педикульозу. Кожне приймальне відділення має укладку для огляду та обробки пацієнта з педикульозом.

Укладка для огляду на педикульоз містить: гумові рукавички, настільну лампу, лупу, густий гребінець та ємність з дезрозчином (для знезараження гребінця). Медичний персонал повинен працювати в спецодязі та засобах захисту шкіри рук та слизових оболонок.

Заборонено відмовляти особі у госпіталізації щодо основного захворювання через педикульоз. У цьому разі медичні працівники мають негайно провести протипедикульозні заходи хворому.

Укладка для проведення протипедикульозної обробки містить: клейончастий або полотняний мішок для збирання речей (одягу) пацієнта, відро для спалювання волосся, клейончасту пелерину та клейонку для вичісування волосся, ножиці, машинку для стрижки волосся, одноразовий станок для гоління, густий гребінець, маски, косинки (клейончасту та полотняну), вату, розчин оцту 10 %, інсектициди з інструкціями до застосування для обробки людини та речей (білизни та приміщення).

Одяг і білизну хворого укладають у клейонковий мішок, зрошують зовні одним із дезінфікуючих розчинів і направляють у дезінфекційну камеру для проведення камерної дезінсекції. Потім натільну і постільну білизну кип'ячать, обробляють гарячим пресом або праскою.

Найбільш поширені сучасні педикулоцити, які містять:

– **перметрин:** аерозоль «**Пара плюс**», «**Нікс**» (1 % крем), «**Нігтіфор**» (0,5 % лосьйон і 1 % крем), рідке мило 0,4 % «**Анти-біт**», шампунь 0,3 % «**Ітакс**», крем-шампунь «**НОК**», «**Лавінал**» (спрей, шампунь), «**Педикулін стоп**» (спрей, шампунь), «**Паранікс спрей**»;

– **диметикон:** «**Паранікс (4 % диметикон спрей та шампунь)**», «**Нюда-експрес**», «**Хігія шампунь**» для дітей від 1 року, «**Паразидоз лосьон-спрей**» для дорослих та дітей від 3 міс.

– «**Спрей-Пакс**» використовується для лікування лобкового педикульозу.

ВВ! *Педикулоцити*, що містять перметрин, не застосовують у дітей до 2 років.

Після обробки спеціальним засобом голову дитині миють теплою водою звичайним шампунем. Волосся розчісують густим гребінцем. Процедуру повторюють через 7–10 днів.

На титульному листі медичної карти стаціонарного хворого в цьому випадку ставлять спеціальну відмітку букву «П» або пишуть «Педикульоз».

Протипедикульозні препарати у вигляді аерозолів протипоказані при бронхіальній астмі, обструктивному бронхіті, в т. ч. в анамнезі, а також немовлятам і дітям молодшого віку в зв'язку з ризиком виникнення бронхоспазму при вдиханні аерозолію; в цих випадках можливе нанесення лікарського засобу на шкіру за допомогою змоченого в препараті ватного тампону.

Жоден протипедикульозний засіб не попереджає повторного зараження вошами, тому слід попередити батьків про важливість наступних профілактичних заходів:

- періодичний огляд волоссяної частини голови дитини для виявлення вошей і гнид;
- дотримання правил особистої гігієни;
- регулярне миття тіла (не менше 1 разу на 7–10 днів);
- зміну білизни кожного тижня або в міру забруднення;
- навчити дитину не користуватися чужими гребінцями, навушниками, рушниками, шапками, шпильками, гумками для волосся;
- щоденне розчісування волосся
- своєчасне лікування педикульозу.

2.5. Огляд дитини на коросту.

Методика та техніка обробки дитини при виявленні корости

Короста – це заразне захворювання шкіри, збудником якого є коростяний кліщ *Sarcoptes scabiei* (рис. 2.3). Основний шлях передачі корости – контактний. Паразит потрапляє на шкіру людини з предметів або речей, заражених хворим на коросту. Коростяні «ходи» (рис. 2.4) всередині шкіри містять не тільки яйця та личинки коростявих кліщів, а й продукти життєдіяльності коростяних кліщів.

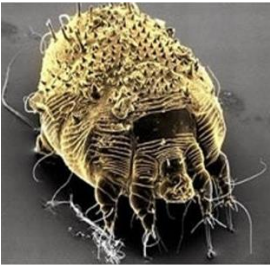


Рис. 2.3. Коростяний кліщ *Sarcoptes scabiei*



Рис. 2.4. Коростяні «ходи»

Ці речовини є чужорідними для організму, тому через деякий час вони викликають стан гіперчутливості (алергічна реакція, що протікає з ознаками запалення), який проявляється сильним шкірним свербінням, особливо вночі. Увесь цикл розвитку коростяного кліща складає 10–14 днів.

Під час огляду на коросту звертають увагу на ділянки тіла, найбільш схильні до ураження: кисті рук, нижню частину живота, внутрішню поверхню стегон. У дітей трапляються нетипові локалізації коростяного кліща – він може вразити все тіло дитини, зокрема обличчя і волосисту частину голови. У дітей до року при корості до процесу можуть залучатися і нігті – вони стають пухкими, товстішають і покриваються тріщинками.

У разі виявлення корости проводять санітарну обробку одним із протикоростяних препаратів за інструкцією: аерозоль «Спрегаль» (есдепалетрин), 20 % суспензія бензилбензоату водно-мильна, «Педіцид» (10–20 % емульсія бензилбензоату), «Педилін» (перметрин), сірчана мазь 33,3 % (від 3 років).

Спрегаль – це єдиний препарат, рекомендований до застосування вагітним і жінкам, що годують, а також новонародженим дітям. Спрегаль наносять один раз – увечері, перед сном, з огляду на біоритм життєдіяльності коро- стяного кліща, а вранці змивають. Перед вживанням збовтують. Повторно застосовують через 3 дні. Не можна розпорошувати засіб на обличчя, в разі потреби змочити ним ватний диск і протерти шкіру.

На історії хвороби позначають літеру «S» (scabies), ставлять помітку «Обробку проведено», дата, підпис.

Інформація про виявлення педикульозу та корости в оперативному по- рядку надається в Державну установу регіонального центру контролю та профілактики хвороб МОЗ України, куди протягом 12 годин надсилається Екстрене повідомлення (облікова форма 058/о) (див. додаток 4).

2.6. Термометрія та внесення даних (показників) до температурного листа. Догляд за дітьми з лихоманкою

Вимірювати температуру тіла у дітей можна різними методами (табл. 2), кожен з яких має свої переваги та недоліки: вимірювання тем- ператури тіла в прямій кишці, в аксилярній ділянці, в ротовій порожнині, визначення температури на барабанній перетинці та шкірі в лобній ділянці.

29.05.23 р. Верховна Рада України ухвалила закон «Про приєднання України до Мінаматської конвенції про ртуть», згідно з яким забор- оняється використання та продаж ртутних термометрів. Згідно з документом, з 1 січня 2024 р. Україна припинить виробництво, імпорт та експорт продукції, що містить ртуть.



Таблиця 2

Методи вимірювання температури в дітей

Вік	Метод
До 2 років	Аксилярна термометрія. Ректальна (для точного вимірювання температури тіла)
Від 2 до 5 років	Аксилярна термометрія. Тимпанічна або темпоральна, як метод скринінгу. Ректальна (для точного вимірювання температури тіла)
Від 5 років	Аксилярна термометрія. Оральна термометрія за умови володіння правильною технікою вимірювання (на рівні 5-го нижнього зуба, під язиком, із закритим ротом)

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

Ректальна термометрія вважається золотим стандартом вимірювання температури, але вона має свої недоліки: 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.

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

Тимпанічна термометрія. Температура крові в судинах, які забезпечують кров'ю барабанну перетинку, та їх розташування дуже близькі до кровеносних 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. Беручи до уваги, що будь-який метод має свої недоліки, недоцільно виділяти один як «золотий стандарт».

Порівняно з дорослими, у дітей частіше спостерігається підвищення температури тіла, що пов'язано з особливостями терморегуляції. 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.

Кратність вимірювання температури залежить від стану дитини та перебігу хвороби. Якщо треба, температуру вимірюють кожні 2–3 год. Важкохворим припустимо вимірювання температури під час сну. Результати термометрії записують у температурний лист. Догляд за дітьми з лихоманкою залежить від характеру лихоманки і реакції організму дитини на підвищення температури.

Лихоманка – це підвищення температури тіла вище 38 °C, вимірюваної ректально, або вище 37,5 °C, вимірюваної аксілярно, або відповідне підвищення, виявлене за допомогою іншого методу вимірювання температури тіла (табл. 3).

Таблиця 3

Значення температури тіла у дітей в нормі

Методи вимірювання температури	Діапазон значень
Ректальний	36,6–38,0 °C
Тимпанічний	35,8–38,0 °C
Оральний	35,5–37,5 °C
Аксілярний	36,5–37,5 °C
Темпоральний	36,5 °C–37,5 °C

Залежно від ступеня підвищення температури розрізняють субфебрильну – 37,2–38,0 °C; фебрильну – 38,1–41,0 °C, гіпертермію – 41,1 °C та вище. Лихоманка розцінюється як помірна при температурі тіла у пахвовій ділянці 38,0–39,0 °C; висока – 39,1–41,0 °C; гіперпіретична – більш 41,1 °C.

У разі, коли теплопродукція відповідає тепловіддачі, шкіра дитини ядро-рожева, помірної або підвищеної вологості, кінцівки теплі на дотик. Звичайно, при такому типі лихоманки загальний стан дитини і її поведінка порушені мало. Слід враховувати, що при підвищенні температури на 1 °С понад 37,8 °С в дитини спостерігається відповідне зростання ЧСС у середньому на 10 уд/хв і ЧД на 4 за хвилину.

Оцінка ступеня інтоксикації:

- підвищена збудливість чи зниження активності;
- порушення дихання (тахіпноє, участь допоміжної мускулатури);
- блідість шкірного покриву, наявність висипів;
- 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.

Виділяють «рожеву» та «білу» лихоманку.

При «рожевій» лихоманці:

- теплопродукція відповідає тепловіддачі;
- шкіра дитини яскраво-рожева, помірної або підвищеної вологості;
- кінцівки теплі на дотик;
- загальний стан і поведінка порушені мало.

Догляд за дитиною з «рожевою» лихоманкою:

- забезпечити спокій;
- зволоження повітря;
- вживання рідини у достатній кількості: охолоджений (теплий) неміцний чай, компот, морс, регідратаційні розчини (Регідрон, «Електроліт Хумана», Халік та ін.); підвищення температури на один градус потребує додаткового введення рідини з розрахунку 10 мл на 1 кг маси тіла дитини;
- звільнити від зайвого одягу.

NB! НЕ рекомендуються фізичні методи охолодження – обтирання водою, оцтом чи спиртом.

При «білій» лихоманці:

- централізація кровообігу і спазм судин шкіри;
- озноб;
- блідість;
- мармуровий рисунок шкіри;
- ціаноз губ і кінцівок;
- головний біль;
- погіршення загального стану.

Догляд за дитиною з «білою» лихоманкою:

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:

– одягти дитину звичайно відповідно до її самопочуття та температури навколишнього середовища;

– забезпечити спокій;

– зволожити повітря;

– прийом достатньої кількості рідини: охолоджений (теплий) німецький чай, компот, морс, регідраційні розчини (Регідрон, «Електроліт Хумана», Халік та ін.). Підвищення температури на 1 °С потребує додаткового введення рідини з розрахунку 10 мл на 1 кг маси тіла дитини.

NB! Фізичні методи охолодження – обтирання водою, оцтом чи спиртом заборонені.

Особливого догляду під час підвищення температури потребують діти перших місяців життя, недоношені, а також діти з ураженнями нервової системи. Це пов'язано з незрілістю в них центру терморегуляції й недосконалістю процесів підтримки постійної температури тіла.

Харчування дітей з високою температурою повинно відповідати віку, а їжа – легко засвоюватися і мати рідку консистенцію. Слід брати до уваги апетит дитини та її спроможність до прийняття їжі взагалі. Якщо, відповідно до стану, дитина знаходиться у вимушеному положенні в ліжку, її протягом доби треба частіше перевертати, розправляти складки білизни, частіше проводити належний гігієнічний туалет.

Оскільки температурна реакція відображає ступінь реактивності хворого, вона є цінним показником його стану в боротьбі з інфекцією. У кожному випадку слід оцінювати характер перебігу лихоманки і її значення для організму дитини.

2.7. Транспортування хворих дітей із приймального відділення

Транспортування хворих – це перенесення або переведення їх з приймального до лікувального відділення, з одного лікувального відділення до іншого або з однієї лікарні до іншої, а також перекладання хворого у ліжку. Питання про вид транспортування вирішує лікар залежно від стану хворої дитини.

- Хворі, у яких задовільний стан, йдуть до відділення самостійно, але в супроводі медичної сестри або молодшого медичного персоналу.

- Хворих у стані середньої важкості потрібно перевезти до відділення на кріслі-каталці або перенести на руках.

- Важкохворих транспортують на спеціальній каталці (або ношах), вкритій ковдрою та чистим простирадлом (індивідуальним для кожного хворого).

- Дітей грудного та молодшого віку несуть на руках.

Особливості транспортування хворих із різними захворюваннями внутрішніх органів

Хворих із серцевою недостатністю (задишка, набряки, анасарка) треба перенести на ношах або на каталці у положенні напівсидячи, для чого під голову та спину хворого підкладають 2–3 подушки; при задовільному стані таких хворих можна транспортувати на кріслі-каталці.

При гострій судинній недостатності (колапсі) хворих транспортують на ношах або каталці таким чином, щоб голова хворого знаходилась нижче його ніг, для чого під ноги хворого підкладають 1–2 подушки, а також теплу грілку.

Хворих у непритомному стані, при небезпеці виникнення блювання, транспортують на ношах та каталці у положенні на спині з поверненою головою вбік.

Хворих зі шлунково-кишковою кровотечею транспортують на спині, кладуть на живіт міхур із льодом.

У палаті дитину, яка в тяжкому стані, перекладають з нош на ліжко. Якщо дитину старшого віку переносить одна людина, то треба підвести одну руку під лопатки, а другу – під стегна; при цьому бажано, щоб дитина охопила за шию того, хто її несе. Якщо хвору дитину переносять дві людини, то одна з них підводить руки під лопатки дитини ближче до шиї і під попереk, друга – під сідниці та гомілки. Для перенесення різко ослаблених і тяжкохворих потрібна третя людина: перша тримає голову і груди, друга – попереk і стегна, третя – гомілки.

Тема 3. Особливості гігієни та догляду за новонародженими та дітьми першого року життя в дитячій лікарні

3.1. Особливості догляду за новонародженими.

Адаптація новонароджених дітей

Період новонародженості – це період пристосування дитини до поза-утробного життя, що характеризується фізіологічною перебудовою роботи всіх функціональних систем організму: появою самостійного дихання, зміною кровообігу, становленням фізико-хімічних і морфологічних параметрів крові, пристосуванням до ентерального харчування.

У перші дні після народження дитини дуже важливий кваліфікований догляд, який створює оптимальні умови для забезпечення її адаптації та виживання. Загальний рівень пристосування новонародженого до нових умов повинен відповідати основним показниками адаптації (*табл. 4*).

Показники адаптації новонародженого

Ознаки	Нормальні межі
Частота серцебиття	100–160 за хвилину
Частота дихання	30–60 за хвилину
Колір шкіри	Рожевий, відсутній центральний ціаноз
Руки	Активні
М'язовий тонус	Задовільний
Температура тіла	36,5–37,5 °С

Догляд за здоровою новонародженою дитиною

Відразу після народження акушерка викладає дитину на живіт матері, обсушує голову і тіло дитини підігрітою стерильною пелюшкою (рис. 3.1), одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою. При обсушуванні з шкіри новонародженого видаляються амніотична рідина, кров, меконій.



Рис. 3.1. Новонароджена дитина

Залишки родової (сироподібної) змазки не видаляють. У разі забруднення тіла дитини інфікованими навколоплідними водами дитину купають в кип'яченій воді і ретельно обсушують, не допускаючи переохолодження. Слід зазначити, що більшість новонароджених не потребують медичних втручань, зокрема,

відсмоктування слизу з ротової порожнини і носа. Якщо виникає необхідність, ця маніпуляція проводиться за допомогою груші. Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв після народження дитини акушерка, змінивши стерильні рукавички, перетискає і перетинає пуповину (рис. 3.2).

За умови задовільного стану дитини акушерка викладає її на груди матері і при появі пошукового і смоктального рефлексу допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей. Після першого прикладання до грудей і годування наступні 2 год дитина знаходиться на животі матері для реалізації контакту «шкіра до шкіри». Це попереджує втрати тепла і сприяє колонізації організму дитини мікрофлорою матері.

Після проведення контакту матері і дитини «очі в очі» акушерка після обробки рук проводить новонародженому профілактику офтальмії розчином декаметоксину (1 мл розчину містить декаметоксину в перерахунку на 100 % речовину 0,2 мг). В очі закачують по 2 краплі після народження і через 2 год після пологів.



Рис. 3.2. Перетискання та перетинання пуповини

Через 30 хв після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (Форма 097/о).

Контакт «шкіра до шкіри» триває протягом двох годин в пологовому залі. Після його завершення акушерка переносить дитину на зігрітій сповивальний столик, клемає пуповину стерильною одноразовою клемою, потім проводить антропометрію.

Під час перетинання і клемування пуповини необхідно дотримуватися наступних правил:

- ретельно мити руки;
- використовувати тільки стерильні інструменти і рукавички;
- використовувати чистий (можна домашній) одяг дитини;
- не накривати пуповинний залишок і пупкову ранку підгузками;
- ретельно стежити за ознаками інфекції (гіперемія, набряк; гнійні або сукровичні виділення, поганий запах).

Акушерка (медична сестра) одягає дитині чисті повзуни, сорочку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.

Дитину разом із матір'ю накривають ковдрою і переводять у палату спільного перебування з дотриманням умов *теплого ланцюжка*.

«Тепловий ланцюжок» – це комплекс заходів, що впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрати тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5–37,5 °С при вимірюванні в аксиллярній ділянці. Недотримання теплого ланцюжка підвищує ризик розвитку у новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

Десять кроків теплого ланцюжка

1. Тепла пологова кімната (операційна).

Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів із відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25–28 °С.

Усе необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2. Негайне обсушування дитини.

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

3. Контакт «шкіра-до-шкіри».

Контакт «шкіра-до-шкіри» запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою та знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2 год.

З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хв після народження в аксілярній ділянці електронним термометром.

4. Грудне вигодовування.

Грудне вигодовування треба починати якомога раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакті «шкіра-до-шкіри». Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

5. Відкласти зважування та купання.

Купання та зважування новонародженого відразу після народження призводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти.

Кров і меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки у дитини не видаляють.

Перше купання доцільно здійснювати вдома. Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту «шкіра-до-шкіри» перед переведенням в палату спільного перебування.

6. Правильно одягнути та загорнути дитину.

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла, стримує рухи дитини, обмежує дихальні рухи.

У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7. Цілодобове спільне перебування матері та дитини. За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньолікарняної інфекції.

8. Транспортування в теплих умовах. Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення (палату), медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникненню гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю. При народженні дитини шляхом кесаревого розтину новонародженого вкривають теплою ковдрою і транспортують у куветі або в дитячому ліжечку.

9. *Реанімація в теплих умовах.* Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатньої кількості тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.

10. *Підвищення рівня підготовки та знань.* Усі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка. Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Догляд за пуповинним залишком і пупкової ранкою

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв після народження дитини пуповину затискають і перетинають. Через 2 год на пуповинний залишок накладають стерильний одноразовий затискач для пуповини – клеми (*рис. 3.3.а*) на відстані 0,3–0,5 см від пупкового кільця (*рис. 3.3б*).



Рис. 3.3. Догляд за пуповинним залишком:

а – клема (затискач для пуповини), б – клемування пупкового канатика

Після перетину і клемування пуповини починається її бактеріальна колонізація мікрофлорою матері і лейкоцитарна інфільтрація. Під дією повітря пуповина поступово підсихає, стає твердою і темною (*рис. 3.4*). Фізіологічний термін відпадання пуповинного залишку становить від 5 до 15 діб (*рис. 3.5*).



Рис. 3.4. Підсихання пуповинного залишку



Рис. 3.5. Відпадання пуповинного залишку

Якщо мати і дитина перебувають разом, пуповинний залишок нічим не обробляють. Накладання пов'язок на пуповинний залишок і використання антисептиків зменшує рівень колонізації шкіри дитини мікрофлорою матері і лейкоцитарну інфільтрацію пуповини, що може подовжити терміни відпадання пуповини і сприяти інфікуванню пуповинного залишку госпітальної флорою. Обробка кукси пуповини антисептичними засобами та антибіотиками проводиться лише за показаннями або за умови відсутності раннього контакту матері і дитини.

У випадках, коли дитина і мати перебувають окремо один від одного, пуповинний залишок та пуповинну ранку обробляють 1 % розчином брильянтового зеленого, а за його загоєнням проводиться ретельний догляд. При забрудненні пуповинного залишку сечею та калом необхідно відразу промити його кип'яченою водою з милом і ретельно обсушити чистою пелюшкою або серветкою. Медичний персонал пологового будинку зобов'язаний навчити матір навичкам догляду за пуповинним залишком. Дитину виписують додому з пуповинним залишком або пупковою ранкою без ознак інфекції, за умови проведення медперсоналом пологового будинку навчання і освоєння матір'ю навичок догляду.

3.2. Особливості догляду за немовлятами: гігієна шкіри, порожнини рота, очей, носа та вух дитини.

Правила догляду за інтимними зонами дитини

Обробка ротової порожнини дитини при пліснявці

В умовах педіатричного стаціонару догляд за дітьми раннього віку повинен бути особливо ретельним, оскільки імунітет хворої дитини може бути ослабленим, що сприятиме виникненню інфекційних уражень шкіри і слизових оболонок. Зазвичай догляд за дитиною здійснює мати, яка знаходиться в стаціонарі разом з дитиною, а за відсутності її або родичів – медсестра. Процедури догляду залежать від віку, статі і загального стану дітей.

Гігієна шкіри. Догляд за шкірою дитини складається з гігієнічних ванн, підмивання дитини, догляду за складками та зоною під підгузком, використання за потреби захисних чи зволожуючих засобів.

В умовах дитячого стаціонару гігієнічна ванна протипоказана дітям у стані середньої важкості, важкохворим, пацієнтам, які перебувають у непритомному стані, дітям з гарячкою (температура тіла понад 38 °С), а також тим, хто має важкі ушкодження або інфекційні захворювання шкіри.

Дітям у задовільному стані гігієнічна ванна на першому році життя проводиться щоденно (за умови відсутності протипоказань). Для купання заздалегідь потрібно підготувати ванночку, термометр для води, зручний гамак для вкладання дитини, м'яку фланелеву мочалку, воду для ополіскування, рушник та чисті речі. Перед початком проведення купання ванну ретельно мийть щіткою з милом та протирають 1 % розчином хлораміну, потім ополіскують водою. Температура приміщення має бути +25 °С,

температура води має становити 36–37 °С, середній час перебування у ванні – 5–15 хв. Ванну наповнюють водою безпосередньо перед купанням, холодну та гарячу воду наливають по черзі. Заповнюють ванну водою на 1/2 або 2/3 – вода при зануренні дитини повинна досягати середньої третини грудної клітки та не закривати ділянку серця. У воду можна додавати пом'якшувальні засоби. Використовувати миючі засоби для купання (дитячий гель чи мило) варто 1–2 раз/тиждень з миттям голови. Дитину перед купанням необхідно підмити під проточною водою. Дитину на першому півріччі купають у ванні лежачи (рис. 3.6.а), після 6 міс може приймати ванну сидячи (рис. 3.6.б).



а



б

Рис. 3.6. Гігієнічна ванна для немовляти: а – лежачи (до 6 міс), б – сидячи (після 6 міс)

Вода повинна доходити лише до рівня сосків дитини, обов'язково залишають відкритою верхню частину грудей. Під час купання дитині спочатку миють голову дитячим милом чи спеціальним дитячим шампунем (від чола до потилиці), потім шию, пахвові ділянки, верхні кінцівки, груди, живіт, нижні кінцівки. Ретельно промивають природні складки. Останніми обмивають статеві органи і міжсідничну ділянку. Можна мити голову наприкінці купання. Витягують дитину з води в положенні обличчям донизу, ополіскують тіло і миють обличчя водою з душу чи глечика. Температура води для ополіскування може бути нижче на 0,5–1 °С, на дитину одягають рушник з каптуром і кладуть на сповивальний стіл. Після купання шкіру малюка не можна розтирати рушником чи пелюшкою, а лише легенько промокнути. У кінці процедури бажане використання зволожуючих засобів (емоментів).

Важкохворим пацієнтам проводять місцеві водні гігієнічні процедури, таких дітей обтирають теплою водою. Для цього під хвору дитину кладуть клеюнку, оголяють спочатку верхню частину тіла і губкою, змоченою теплою водою протирають обличчя, шию, груди, руки. Ці частини тіла досуха витирають рушником та накривають простиралом, щоб не переохолодити хвору дитину. Потім таким же чином обтирають живіт, спину, стегна, ноги. Слід пам'ятати, що важкохворим пацієнтам, які потребують термінових реанімаційних заходів, водна санітарна обробка протипоказана до полегшення та стабілізації стану.

Правила догляду за інтимними зонами дитини

Догляд за інтимними зонами дитини має певні особливості та вимагає суворого дотримання задля попередження розвитку патологічних станів, перш за все, пелюшкового дерматиту (попрілості).

Пелюшковий дерматит – це патологічний стан, спричинений запаленням шкірного покриву дитини в місцях контакту з підгузком, пелюшками. Треба пам'ятати, що одноразовий підгузок має перебувати не більше 4 год на тілі дитинки. Саме тривалий контакт шкіри з вологою поверхнею підгузка є важливим фактором розвитку цього запалення та призводить до мацерації та порушення захисної функції шкіри (рис. 3.7).



Рис. 3.7. Пелюшковий дерматит

З метою попередження розвитку попрілості після кожного випороження і сечовипускання необхідно підмивати дітей теплою проточною водою; дівчаток – у напрямку спереду назад, щоб калові маси разом із водою не потрапили в статеві органи (рис. 3.8). Для ретельнішого очищення шкіри застосовують ватні тампони.

Після підмивання обережно промокальними рухами просушують шкіру м'якою пелюшкою; при проблемах, що виникають під час догляду за шкірою дітей грудного віку, усі природні складки шкіри змащують спеціальною олією для дітей або стерилізованою олією рослинного походження; можна також користуватися дитячим кремом. Засоби для обробки шкіри підбирають індивідуально.



Рис. 3.8. Техніка підмивання дитини

У педіатричному відділенні проводиться щоденне спостереження за випороженнями хворих дітей з відповідною реєстрацією в історії хвороби. Медична сестра повинна підрахувати кількість випорожнень дитини, оглянути їх, своєчасно попередити лікаря в разі наявності в них патологічних домішок, почастішання або відсутності дефекації.

У листі медичної сестри щоденно вказується кількість і характер випорожнень (кашкоподібні, оформлені, рідкі, з патологічними домішками).

Догляд за порожниною рота. Здоровій дитині грудного віку слизову порожнину рота не обробляють, оскільки її можна легко пошкодити і викликати запальний процес. Туалет ротової порожнини проводиться за потребою, зокрема, за наявності пліснявки (грибкового ураження порожнини рота), яка нерідко виникає у дітей грудного віку внаслідок частих зригувань і незрілості імунітету.

Як тільки у дитини з'явиться перший зуб, треба чистити зуби двічі на день зубною пастою у кількості розміром з рисове зерно. Для цього використовують дитячу зубну пасту і зубну щітку з м'якою невеликою щетиною. Зуби чистять з зовнішньої і внутрішньої сторін рухами зубної щітки зверху вниз і знизу вгору.

Обробка ротової порожнини дитини при пліснявці

Пліснявка (кандидоз слизової оболонки порожнини рота, *soor, thrush*) – це грибкове ураження порожнини рота дріжджоподібними грибами роду *Candida*, а саме *Candida albicans*. Пліснявка є досить поширеним патологічним станом серед новонароджених та дітей грудного віку, перш за все через анатомо-фізіологічні особливості системи імунітету у дітей даної вікової групи. Зараження дитини відбувається через інфіковані пологові шляхи матері, сосок грудей матері, предмети, що оточують дитину (посуд тощо).



Рис. 3.9. Кандидоз слизової оболонки ротової порожнини (пліснявка)

Клінічна картина пліснявки представлена утворенням на запаленій слизовій оболонці щік, язика, губ, ясен, піднебіння білих плям чи білого сироподібного нальоту, що трохи підвищується над рівнем запаленої слизової оболонки ротової порожнини (рис 3.9).

Колір нальоту поступово змінюється від білого сироподібного до сірого та жовтуватого. Даний стан спричиняє дискомфорт, больові відчуття у дитини, плаксивість, занепокоєння, відмову від грудей та вимагає призначення лікувальних заходів з боку педіатра. З метою лікування у даному випадку використовують 2 % розчин натрію гідрокарбонату (2 % розчин харчової соди).

З метою лікування у даному випадку використовують 2 % розчин натрію гідрокарбонату (2 % розчин харчової соди).

Техніка проведення

1. Взяти ватно-марлевий тампон та змочити його в 2 % розчині натрію гідрокарбонату.

2. Змоченим тампоном обробити слизову оболонку ротової порожнини: спочатку язик, потім тверде піднебіння, щоки, присінок ротової порожнини дитини.



Рис. 3.10. Туалет очей

а також у важкохворих дітей очі можна промити розчином фурациліну (1:8 000), або іншим слабким дезінфікуючим засобом.

Закінчується процедура обробкою очних щілин сухими тампонами з дотриманням тих же правил. Діти старшого віку звичайно проводять туалет очей під час вмивання.



Рис. 3.11. Туалет носа

мікроросинками вати при потраплянні їх на слизову оболонку носа.



Рис. 3.12. Туалет зовнішнього слухового проходу

слухові проходи прочищають ватними джгутиками без твердої основи, завчасно змоченими фізіологічним розчином або кип'яченою водою (рис. 3.12).

Туалет очей проводять двічі на добу (вранці і ввечері перед купанням), ватним тампоном, змоченим кип'яченою водою (рис. 3.10). Техніка: беруть два ватних тампони (окремо для кожного ока), змочують їх у воді, віджимають і проводять від зовнішнього кута ока до перенісся. При повторенні цієї маніпуляції слід взяти новий тампон. Далі очні щілини протирають сухою серветкою з дотриманням тих же правил.

У разі загрози виникнення кон'юнктивіту

Туалет носа проводять двічі на добу: зранку і ввечері (рис. 3.11). Змочені фізіологічним розчином помірної пружності ватні джгутики, які позбавлені твердої основи, обертальними рухами вводять у носову порожнину на глибину до 1,0–1,5 см і таким чином видаляють залишки слизу або кірочки до відновлення вільного дихання через ніс. Змочування ватного джгутика попереджує розвиток алергічних проявів слизової оболонки носа, які можуть бути викликані

Для кожного носового ходу користуються окремим джгутиком. Догляд за порожниною носа потребує певних навичок медичного персоналу. Старших дітей за наявності виділень з носа й утруднення носового дихання навчають, як обережно висякатися, а якщо треба, дають м'які носові хусточки.

Догляд за зовнішнім слуховим проходом проводять у разі потреби. Звичайно обробці підлягає вушна раковина. Її протирають ватним тампоном, змоченим у теплій кип'яченій воді.

Якщо нема протипоказань, зовнішні

Не можна використовувати тверді речі, щоб не поранити ними шкіру зовнішнього слухового проходу та барабану перетинку. Ця маніпуляція потребує обережності. Відтягнувши вушну раковину лівою рукою назад і вгору, медична сестра або лікар вводять у зовнішній слуховий прохід джгутик і після кількох обертальних рухів виймають джгутик. Якщо треба, джгутик змінюють, а маніпуляцію повторюють. На першому році життя достатньо обробляти тільки вушну раковину дитини, оскільки в цьому віці зовнішній слуховий прохід короткий і тому існує небезпека поранити барабану перетинку.

При виявленні сірчаної пробки в зовнішньому слуховому проході її видаляють. Для цього у вухо закачують декілька крапель 3 % розчину перекису водню, за допомогою ватної турунди обертальними рухами видаляють розм'якшену пробку. У разі ускладнень при видаленні сірчаної пробки цю маніпуляцію здійснює ЛОР-лікар.

Туалет нігтів. Нігті дитині підрізують своєчасно, 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, заплітанні 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 валика 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. Потім висушують за допомогою рушника (пелюшки) або фена.

Контрольні питання

1. Особливості догляду за новонародженою дитиною.
2. Правила обробки та догляд за пупковою ранкою.
3. Особливості догляду за немовлятами: гігієна шкіри, порожнини рота, очей, носа та вух дитини.
4. Правила догляду за інтимними зонами дитини.
5. Обробка ротової порожнини дитини при пліснявці.

Тестові завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня знань

1. Медична деонтологія – це наука про:
 - A. Професійний обов'язок медичних працівників (лікарів, медсестер та ін.) перед хворими і здоровими дітьми, перед людиною взагалі. *
 - B. Анатомо-фізіологічні особливості дитини в кожен період розвитку, рівень розвитку її психіки, умови навколишнього середовища.
 - C. Психоемоційну сферу хворих при різних патологіях.
 - D. Тактику ведення невиліковних хворих.
 - E. Моральні принципи призначення лікування хворим з урахуванням їх матеріальних можливостей.
2. Укажіть, які типи внутрішньої картини хвороби можуть виникнути залежно від індивідуальних особливостей емоційного сприйняття дитини:
 - A. Гіпнозогностичний.
 - B. Гіпернозогностичний.
 - C. Прагматичний.
 - D. Усі відповіді вірні. *
 - E. Усі відповіді невірні..
3. Які лікарні не входять до складу госпітальних округів:
 - A. Надкластерні заклади охорони здоров'я.
 - B. Кластерні заклади охорони здоров'я.
 - C. Підкластерні заклади охорони здоров'я. *
 - D. Загальні заклади охорони здоров'я.
 - E. Надавачі медичних послуг, які надають первинну медичну допомогу.
4. Яка температура повинна бути в палаті для дітей грудного віку:
 - A. 25–28 °С.
 - B. 23–24 °С. *
 - C. 20–22 °С.
 - D. 23–28 °С.
 - E. 25–30 °С.
5. Яка температура тіла вважається найточнішою?
 - A. Аксилярна. *
 - B. Ректальна.
 - C. Оральна.
 - D. Тимпанічна.
 - E. Пахвова.
6. До медичної документації приймального відділення не відноситься:
 - A. Журнал прийому і відмови від госпіталізації.
 - B. Карта стаціонарного хворого.
 - C. Статистичний талон.
 - D. Карта профілактичних щеплень. *
 - E. Журнал санітарної обробки хворих.
7. Зараження коростою відбувається:
 - A. Контактним шляхом.
 - B. Через заражений одяг.
 - C. Через постільну білизну.
 - D. При недотриманні санітарно-гігієнічних правил.
 - E. Усі відповіді правильні. *

8. Підвищення температури тіла на 1 °С вимагає додаткового введення рідини з розрахунку:

- A. 20 мл на 1 кг маси тіла дитини. D. Не вимагає додаткового
B. 10 мл на 1 кг маси тіла дитини.*. введення рідини.
C. 1 л на 1 кг маси тіла дитини. E. 100 мл на добу.

9. Щоденний туалет очей дітей у період новонародженості полягає в:

- A. Промиванні антисептичним розчином після кожного годування.
B. Промиванні 2 рази на добу кип'яченою водою.*
C. Промиванні в міру необхідності проточною водою з крана.
D. Промиванні перед сном розчином фурациліну 1:5000.
E. Щоденне промивання очей не потрібне.

10. Причиною розвитку молочниці (пліснявки) на слизовій оболонці порожнини рота є:

- A. Грибкове ураження.*. D. Вірусне ураження.
B. Бактеріальне запалення. E. Вірусно-грибкове ураження.
C. Вірусно-бактеріальне запалення.

Література

Базова

1. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій : навч. посіб. / В.С. Березенко та ін. 3-є вид., перероб. і допов. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 207 с. ISBN: 978-617-505-931-9
2. Касевич Н.М. Основи медсестринства в модулях : навч. посіб. 3-є вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2018. 480 с. ISBN: 978-617-505-527-4
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. Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми : підручник. 5-е вид., перероб. і допов. Київ : Центр ДЗК, 2021. 832 с.
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.

Допоміжна

1. Інфекційні хвороби сучасності : етіологія, епідеміологія, діагностика, лікування, профілактика, біологічна безпека: матеріали науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті академіка Л.В. Громашевського та 25-річчю Національної академії медичних наук України» (Київ, 11–12 жовтня 2018 р.). Київ, 2018. 204 с.
2. Клименко В.А., Сивопляс-Романова Г.С., Карпушенко Ю.В., Лупальцова О.С. Догляд за хворими (у педіатрії) : навч. посіб. Харків : ХНМУ, 2017. 80 с.
3. Ковальова О.М., Лісовий В.М., Шевченко С.І., Фролова Т.І. Догляд за хворими (практика) : підручник. 3-є вид., випр. Київ : Медицина, 2015. 488 с.

4. Катілов О.В., Дмитрієв Д.В., Дмитрієва К.Ю., Макаров С.Ю. Клінічне обстеження дитини : навч. посіб. Вінниця : Нова Книга, 2017. 520 с.

5. Principles of Pediatric Nursing. Techniques for Medical Procedures and Manipulations : study guide / O.V. Tiazhka [et al.]. Kyiv : AUS Medicine Publishing, 144 p.

Інформаційні ресурси

1. Посилання на сторінку навчальної дисципліни в MOODLE:

Огляд <http://distance.knmu.edu.ua/course/view.php?id=2922>

2. Посилання на сторінку кафедри в MOODLE

<http://distance.knmu.edu.ua/course/index.php?categoryid=59>

3. Наказ МОЗ №1614 від 03.08.2021 Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/ закладах надання соціальних послуг/ соціального захисту населення

4. Наказ МОЗ України від 26.01.2022 року № 170 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи».

5. Оцінка тяжкості стану в педіатрії. Клінічна настанова, заснована на доказах/Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України ГС «Українська Академія Педіатричних спеціальностей». Медична мережа «Добробут». ISSN 26637553. Сучасна педіатрія. Україна 7(111), 2020. С. 87–102.

6. Тимчасова постанова:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339151/WHO-2019-nCoV-HCW-advice-2021.1-ukr.pdf>

7. Наказ МОЗ України № 38 від 28.03.1994 Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом [електронний ресурс]. Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=1833>

8. Наказ МОЗ України N 1308 від 04.06.2020 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні».

9. Наказ МОЗ України № 460 від 01.06.13 Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій. [електронний ресурс]. Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua>

10. Maternal, newborn and adolescent health. Home-based records for maternal, newborn and child health. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018.

Інтернет-ресурси

1. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2020-5565-45330-64874>

2. <https://www.phc.org.ua/>
3. https://medplatforma.com.ua/article/2015-elektronne-napravleniya-yak-vipisuvati#el_napravlennia3
4. https://medplatforma.com.ua/article/2015-elektronne-napravleniya-yak-vipisuvati#el_napravlennia5
5. <https://medplatforma.com.ua/article/27-suchasni-pidkhodi-doprotidiyi-poshirennyu-35>
6. <https://medplatforma.com.ua/article/499-medichna-karta-statsonarnogo-hvorogo-vajliv-nyuansi-zapovnyuvannya-formi-003o#ancex0>
7. Children and Infants with Fever — Acute management (2010). (http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2010_063.pdf.)
8. Гайдлайни: <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/resource-limited/environmental-cleaning-RLS-H.pdf>
9. Гайдлайни: <https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html>
10. Гайдлайни: <https://www.niinfectioncontrolmanual.net/cleaning-disinfection>
11. Настанови: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/04/B0271-national-standards-of-healthcare-cleanliness-2021.pdf>
6. Models of Child Health Appraised (MOCHA) [website]. London : Imperial College; 2020 (www.childhealthservicemodels.eu).
7. <http://www.meddean.luc.edu/lumen/meded/medicine/pulmonar/pd/contents.htm>
<http://meded.ucsd.edu/clinicalmed/>
8. Сторінка дисципліни в системі Moodle ХНМУ
<http://distance.knmu.edu.ua/course/view.php?id=2923>
9. Бібліотека та репозитарій ХНМУ

Схема історії хвороби

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

ПІБ хворого _____

Вік _____, дата народження _____

Домашня адреса _____

Назва дитячого колективу, який відвідує дитина _____

Дата госпіталізації _____

Дата виписування _____

Закінчення хвороби: одужання, покращання, без змін, погіршення, помер.

Ким направлений хворий: (назва ЛПЗ, що направив) _____

Діагноз при направленні _____

Діагноз при госпіталізації _____

Клінічний діагноз:

основний _____

ускладнення _____

супутні захворювання _____

Проведено ліжко-днів _____

II. СКАРГИ.

Записуються усі скарги, які були при госпіталізації в клініку (зі слів хворого, батьків або осіб, які супроводжують); час їх виникнення (після чого, з чим пов'язані); динаміка цих скарг, послідовність розвитку симптомів.

III. АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

Коли вперше з'явилися скарги?

Зверталися до лікаря чи лікувалися самостійно.

Розвиток основних клінічних синдромів (з'ясовуються симптоми з боку всіх органів та систем, що стосуються діагнозу: поведінка та активність дитини, сон, суб'єктивні симптоми гіпертермії, особливості катарального синдрому, диспептичні явища, характер абдомінального синдрому тощо).

Проведене амбулаторне лікування.

Динаміка симптомів на фоні лікування. Причини госпіталізації.

IV. АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

(Зі слів дитини, батьків, осіб, які супроводжують, виписки з історії розвитку).

Для дітей раннього віку: від якої вагітності та пологів, чим закінчилися попередні; перебіг вагітності (гестози, режим, харчування, шкідливі впливи, захворювання); перебіг пологів (тривалість, ускладнення), характеристика новонародженого (час і характер першого крику, гестаційний вік, маса, довжина, час прикладання до грудей, особливості проходження фізіологічних та перехідних станів, захворювання).

Режим та характер вигодовування на першому році життя. Відповідність фізичного та психомоторного розвитку віковим нормам. Догляд за дитиною (прогулянки, купання, режим, харчування, хто доглядає).

Для дітей старшого віку: відповідність фізичного та розумового розвитку віку, успішність у школі, участь у гуртках, поведінка в сім'ї та колективі, дотримання режиму харчування та відпочинку.

Перенесені захворювання: скільки разів на рік респіраторні захворювання, їх перебіг; перенесені бронхіти, пневмонії, ангіни, синусити, інші інфекційні захворювання.

Наявність хронічних захворювань (з якого віку, частота загострень, лікування).

Перенесені травми, оперативні втручання, переливання крові та її компонентів.

Алергічні реакції (висип, респіраторний синдром, бронхообструктивний синдром та ін.) на харчові продукти, медикаменти, хімічні речовини, пилок тощо.

Щеплення: відповідність календарю, реакції. Туберкулінові проби, їх результат.

Родинний анамнез: вік і стан здоров'я батьків, братів, сестер. Спадкові захворювання в родині. Наявність туберкульозу, сифілісу, алкоголізму, нервово-психічних захворювань, хвороб обміну речовин, онкозахворювань тощо серед найближчих родичів.

Соціальний анамнез: повнота сім'ї, освіта батьків, побутові умови, шкідливі звички.

Епідеміологічний анамнез: контакти з інфекційними хворими.

V. ДАНІ ОБ'ЄКТИВНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО

Загальний стан хворого: задовільний, середньої тяжкості, тяжкий; якими провідними (основними) синдромами обумовлений.

Температура, ЧСС, ЧД, АТ. Самопочуття хворого. Свідомість. Положення дитини (активне, пасивне, вимушене).

Поведінка, контакт, орієнтація. Вираз обличчя.

Антропометричні показники: маса і довжина тіла, обвід голови та окружність грудної клітки, оцінка. Статура.

VI. ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ

На підставі патогномонічних скарг, даних анамнезу захворювання, анамнезу життя, даних об'єктивного (часткового) обстеження хворого обґрунтовують попередній діагноз.

Підпис куратора _____

Додаток 2

МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО (титульний лист)

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
14.02.2012 № 110
(у редакції наказу Міністерства охорони
здоров'я України 21.01.2016 № 29)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____	Форма первинної облікової документації № 003/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України
Код за ЄДРПОУ <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/> № <input style="width: 50px;" type="text"/>
МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО № _____	
1. Дата госпіталізації <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> 2. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2 <input type="checkbox"/>	(число, місяць, рік) (година) (хвилини)
3. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____	
4. Дата народження <input style="width: 60px;" type="text"/> 5. Вік _____	(число, місяць, рік) (кількість повних років, для дітей: до 1-го року – місяць; до 1-го місяця – днів)
6. Документ, що посвідчує особу <input style="width: 100px;" type="text"/>	
6.1. Номер документа, що посвідчує особу <input style="width: 100px;" type="text"/>	6.2. Громадянство _____ (код країни)
7. Постійне місце проживання/перебування: місто – 1; село – 2 <input type="checkbox"/> _____ (вулиця, будинок, квартира) (область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)	
7.1. Поштовий індекс _____	
8. Місце роботи, посада _____ (для дітей, учнів, студентів – найменування навчального закладу, підлягова категорія; для інвалідів – вид і група інвалідності)	
9. Ким направлений хворий _____ (найменування закладу охорони здоров'я) (код за ЄДРПОУ)	
10. Діагноз при госпіталізації _____ (код за МКХ-10)	
11. Відділення при госпіталізації <input style="width: 60px;" type="text"/>	12. Відділення при виписці <input style="width: 60px;" type="text"/> (код)
13. Госпіталізація: ургентна – 1; планова – 2 <input type="checkbox"/> 14. Обстеження на ВІЛ-інфекцію <input style="width: 60px;" type="text"/>	
15. Група крові _____	16. Резус-приналежність _____
17. Реакція Васермана <input style="width: 60px;" type="text"/> (число, місяць, рік)	
18. Алергічні реакції, гіперчутливість чи непереносимість лікарського засобу _____ (назва лікарського засобу, характер побічної дії)	
19. Госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше – 1; повторно – 2 <input type="checkbox"/>	
19.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так – 1; ні – 2 <input type="checkbox"/>	
20. Дата виписки/смерті <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	21. Проведено лішко-днів _____ (число, місяць, рік) (година)

Температурний лист

МОЗ України		Код форми за ЗКУД														
найменування закладу		Код закладу за ЗКПО														
		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА 004/о Затверджена наказом МОЗ України 26.07.99 р. № 184														
ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТОК																
Карта № _____		Прізвище, ім'я, по батькові: _____												Палата № _____		
Дата _____																
День хвороби _____																
День перебування в стаціонарі		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
П	АТ	Т ^о	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В
140	200	41														
120	175	40														
100	150	39														
90	125	38														
80	100	37														
70	75	36														
60	50	35														
Дихання																
Вага																
Витрато ріднини																
Добова кількість сну																
Випорожнення																
Ванна																

Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення

<p>Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення</p> <p>Ідентифікаційний код ЄДРПОУ <input type="text"/></p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 058/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 10.01.2006 № 1</p>
--	---

ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ
про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення
« » 20 року.
(дата заповнення повідомлення)

Повідомлення направлено до _____

(найменування закладу охорони здоров'я)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Дата народження 3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2

(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого (повна поштова адреса): країна _____,
область _____, район _____,
населений пункт _____,
вулиця _____, будинок _____, кв. № _____

5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2

6. Телефон _____

7. Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса _____

8. Діагноз _____

шифр за МКХ-10

(вписати)

9. Дати:

захворювання |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(число, місяць, рік)

первинного звернення |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(число, місяць, рік)

встановлення діагнозу |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(число, місяць, рік)

подальшого відвідування дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(число, місяць, рік)

госпіталізації |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(число, місяць, рік)

10. Місце госпіталізації _____

(найменування лікувального закладу)

11. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням – 1, клінічно – 2, іншим – 3 (вписати)

12. Якщо отруєння – вказати, де воно виникло, чим отруївся постраждалий

13. Проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості

14. Дата і час первинного повідомлення (за телефоном тощо) територіальному органу Держсанепідслужби України _____

Прізвище особи: яка повідомила _____

отримала повідомлення _____

15. Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактного телефону особи, яка заповнила повідомлення _____

(підпис)

Реєстраційний номер _____ у журналі ф. № 060/о закладу охорони здоров'я

Реєстраційний номер _____ у журналі ф. № 060/о територіального органу Держсанепідслужби України

Підпис особи, яка одержала повідомлення _____

Додаток 5
Зразок електронного направлення

Для роботи з електронним направленням увійдіть до вашого електронного кабінету на сайті **helsi.pro**, розмістіть курсор в полі вводу номеру ел. направлення, введіть його номер або зчитайте штрих-код пристроєм для зчитування та перевірте можливість надання вказаних в електронному направленні послуг за програмою медичних гарантій

Пошуковий номер направлення



0297-2116-2173-3247

← **Номер направлення**

Номер направлення надіслано на: +38050****61

Пацієнт: ██████████
51 рік

Термін дії: з **13-04-2021** по **13-04-2022**

Лікар: ██████████
Лікар загальної практики - сімейний лікар
+380 ██████████ 6

Найменування закладу охорони здоров'я або ПІБФОП: **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" СВЯТОШИНСЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА**
ЄДРПОУ: 38961113

Категорія: **Візуалізація**

Послуга: **58500-00 Рентгенографія грудної клітки**

Діагноз: **R74 - Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів**

Пріоритет: **Планове**

Рекомендований термін надання послуги: **Не вказано**

Нотатки:

Інструкція для пацієнта:

Направлення видане за джерелом фінансування: Програма медичних гарантій в 2020 році
від: **13-04-2021**



**Національна служба
здоров'я України**



Навчальне видання

**Догляд за дітьми,
його роль у лікувальному процесі
та організація роботи
в умовах педіатричного стаціонару**

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

Упорядники Фролова Тетяна Володимирівна
 Сіняєва Ірина Рєвазівна
 Осман Наталія Сергіївна
 Амаш Анастасія Григорівна
 Кожина Ольга Сергіївна
 Серветник Анжела Володимирівна
 Дробова Надія Миколаївна

Відповідальна за випуск

І.Р. Сіняєва



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

Формат А5. Ум. друк. арк. 3,3. Зам. № 24-34370

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

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