

СПЕЦІАЛІЗОВАНА СЕСТРИНСЬКА ПРАКТИКА В ПЕДІАТРІЇ

За редакцією професора І. О. Мітюряєвої-Корнійко

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК



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

**СПЕЦІАЛІЗОВАНА
СЕСТРИНСЬКА ПРАКТИКА
В ПЕДІАТРІЇ**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

За редакцією
проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко

Київ
ДП «Експрес-об'ява»
2023

УДК 616-085:616.053.2(477)

С 71

Рекомендовано до друку Вченою радою Національного медичного університету імені О. О. Богомольця МОЗ України (протокол № 12 від 23.06.2023 року)

Установа-розробник:

Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця МОЗ України

Рецензенти:

Гончарь М. О., д-р мед. наук, професор, зав. кафедри педіатрії №1 та неонатології Харківського національного медичного університету.

Горленко О. М., д-р мед. наук, професор, зав. кафедри педіатрії з дитячими інфекційними хворобами Ужгородського національного університету.

С 71 Спеціалізована сестринська практика в педіатрії : навчальний посібник / І. О. Мітюрєва-Корнійко, О. В. Виговська, С. Ю. Романенко, Т. Д. Клець, А. Б. Корнієнко, Т. А. Шевченко, О. С. Качалова, Е. С. Суходольська, Г. В. Салтикова, Ю. М. Кривонос, І. В. Ковальчук; за ред. проф. І. О. Мітюрєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 376 с.

ISBN 978-617-7389-27-8

DOI 10.51587/9786-1773-89278-2023-10

У навчальному посібнику подана необхідна для медичної сестри та майбутнього лікаря-педіатра інформація з нормативно-правового забезпечення сучасної державної політики України щодо охорони материнства та дитинства з урахуванням воєнного стану. Наведені нові дані з основних розділів профілактичної та реабілітаційної педіатрії, які стосуються питань догляду, виходжування здорових та надання медичної допомоги хворим дітям різного віку, функціональних обов'язків та практичних навичок середнього медичного персоналу педіатричних відділень на амбулаторному, стаціонарному рівнях, у дитячих оздоровчих і навчальних закладах, в бомбосховищах, у кабінетах телемедицини. Представлена сучасна концепція психо-соціальних та санітарно-гігієнічних заходів безпеки неінфекційних та інфекційних захворювань у дітей, а також надання реабілітаційної та невідкладної допомоги в умовах воєнного та повоєнного періодів в Україні. Зміст навчального посібника відповідає сучасним тематичним розділам освітньої програми з пропедевтичної педіатрії у медичних коледжах, додипломного навчання студентів ВЗО медичного та педагогічного профілів, а також програм інтернатури для навчання лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики – сімейної медицини та спеціалістів різних лікарських спеціальностей. Для студентів, інтернів, викладачів, лікарів-практиків, керівників та організаторів закладів охорони здоров'я, волонтерів, вихователів та вчителів дитячих навчальних закладів, працівників закладів харчування, опікунів, батьків.

УДК 616-085:616.053.2(477)

© Колектив авторів, 2023
© ДП «Експрес-об'ява», 2023
© О. Норинська, дизайн обкладинки, 2023

ISBN 978-617-7389-27-8

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

**РОЗДІЛ I ОСНОВНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБОВ'ЯЗКИ
ТА ПРИНЦИПИ ДЕОНТОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ
СЕСТРИ НА РІЗНИХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ
РІВНЯХ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ.....13**

1.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик та скорочень.....	13
1.2. Принципи медичної етики, деонтології та субординації в умовах дитячого стаціонару.....	14
1.3. Особисті професійні якості медичної сестри дитячих закладів охорони здоров'я.....	17
1.4. Схема безпосередньої підпорядкованості працівників дитячого стаціонару .	18
1.5. Функціональні обов'язки медичної сестри дитячого відділення.....	18
1.6. Функціональні обов'язки старшої медичної сестри дитячого відділення.....	21
1.7. Функціональні обов'язки сестри-господарки та молодшого медичного персоналу дитячого відділення	22
1.8. Функціональні обов'язки головної медичної сестри дитячого стаціонару.....	25
Контрольні питання до теми.....	26
Тестові завдання.....	27
Рекомендована література.....	30

**РОЗДІЛ II ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
У ПРИЙМАЛЬНОМУ ВІДДІЛЕННІ
ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ31**

2.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень	31
2.2. Структура та функції приймального відділення дитячого стаціонару.....	32
2.3. Варіанти поступлення хворої дитини до стаціонару.....	33
2.4. Оформлення медичної документації у приймальному відділенні дитячого стаціонару.....	33
2.5. Вимоги до медичної сестри приймального відділення.....	34
2.6. Порядок санітарно-гігієнічної обробки хворої дитини у приймальному відділенні	36
2.7. Принципи огляду та обробки дитини на педикульоз.....	36
2.8. Правила огляду та санітарної обробки дитини на коросту	39
2.9. Невідкладна долікарська допомога при непритомності, судомному та гіпертермічному синдромах	40
2.10. Невідкладна долікарська допомога при анафілаксії, синдромі крупа та нападі бронхіальної астми	43

2.11. Невідкладна долікарська допомога при цукровому діабеті та отруєнні невідомою речовиною.....	44
Посилання на відеоматеріали за темою.....	44
Контрольні питання до теми.....	44
Тестові завдання.....	45
Рекомендована література.....	48

РОЗДІЛ III ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ПОСТОВОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДИТЯЧОГО ВІДДІЛЕННЯ СТАЦІОНАРУ..... 49

3.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень.....	49
3.2. Основні завдання постової медичної сестри дитячого відділення.....	50
3.3. Класифікація функціональних обов'язків постової медичної сестри.....	51
3.4. Комунікація постової медсестри з медичним персоналом, хворими дітьми та їх батьками.....	52
3.5. Виконання лікувально-діагностичних призначень лікарів хворим дітям.....	53
3.6. Навички медичної сестри по введенню ліків дитині через рот.....	57
3.7. Зовнішнє застосування дітям лікарських речовин.....	59
3.8. Техніка постановки компресів та гірчичників.....	62
3.9. Алгоритм підготовки медичної сестри до проведення дітям ін'єкцій.....	65
3.10. Вимірювання температури тіла хворим дітям різного віку.....	67
3.11. Правила виконання процедур газовідведення, постановки клізм та оксигенотерапії.....	69
3.12. Техніка зондування та катетеризації у дитячому віці.....	72
3.13. Підрахунок та нормативи частоти дихання, пульсу та артеріального тиску у дітей.....	77
3.14. Виконання організаційно-виробничих завдань на сестринському посту.....	79
3.15. Ведення медичної документації на сестринському посту дитячого відділення.....	80
3.16. Дотримання вимог епідеміологічного режиму на сестринському посту та у відділенні.....	81
3.17. Керівництво роботою молодшого медперсоналу.....	83
Посилання на відеоматеріали за темою.....	84
Контрольні питання до теми.....	84
Тестові завдання.....	85
Рекомендована література.....	87

РОЗДІЛ IV ОСНОВНІ ВМІННЯ ТА НАВИЧКИ МЕДСЕСТРИ МАНІПУЛЯЦІЙНОГО КАБІНЕТУ ДИТЯЧОГО ВІДДІЛЕННЯ..... 89

4.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень.....	89
4.2. Функціональні обов'язки медсестри маніпуляційного кабінету.....	91
4.3. Кваліфікаційні вимоги до медичної сестри маніпуляційного кабінету.....	92

4.4.	Принципи роботи маніпуляційного кабінету	92
4.5.	Сучасні санітарно-гігієнічні вимоги до маніпуляційного кабінету	93
4.6.	Зонування внутрішньої структури маніпуляційного кабінету	94
4.7.	«Зона обробки рук і поверхонь»	94
4.8.	«Чиста зона» у маніпуляційному кабінеті	95
4.9.	«Стерильна зона» маніпуляційної	97
4.10.	«Зона пацієнта» в маніпуляційному кабінеті	98
4.11.	Проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ та інших парентеральних інфекцій у медпрацівників	99
4.12.	Алгоритм виконання різних видів ін'єкцій	100
4.13.	Техніка проведення внутрішньовенних ін'єкцій у дітей та переваги використання венозного сканера.....	102
4.14.	Практичне застосування інсулінової помпи.....	107
4.15.	Облаштування «зони дезінфекції» в маніпуляційній	109
4.16.	Правила особистої гігієни у маніпуляційному кабінеті	111
4.17.	Документація маніпуляційного кабінету	112
	Посилання на відеоматеріали за темою	113
	Контрольні питання до теми.....	113
	Тестові завдання	114
	Рекомендована література	116

РОЗДІЛ V ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ЛАБОРАТОРІЇ ТА ВІДДІЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДИТЯЧОГО СТАЦІОНАРУ 117

5.1.	Перелік основних термінів, характеристик та скорочень.....	117
5.2.	Правила взяття біологічного матеріалу у дітей для лабораторних досліджень	120
5.3.	Параметри аналізів сечі та їх орієнтовна оцінка	122
5.4.	Підготовка пацієнта дитячого віку до аналізів крові та їх параметри	124
5.5.	Дослідження клініко-діагностичної лабораторії	127
5.6.	Функціональні обов'язки медсестри-лаборанта клініко-діагностичної лабораторії.....	128
5.7.	Підготовка хворих дітей та проведення рентгенологічного обстеження внутрішніх органів	129
5.8.	Функціональні обов'язки медсестри рентгенкабінету.....	132
5.9.	Методи дослідження, які проводяться у відділенні функціональної діагностики дитячого стаціонару	133
5.10.	Функціональні обов'язки медичної сестри відділення функціональної діагностики	135
5.11.	Оснащення та документація відділення функціональної діагностики	136
5.12.	Оснащення та документація кабінету ультразвукової діагностики	136
5.13.	Підготовка хворих дітей до проведення гастроентерологічної ендоскопії та ультразвукового дослідження органів черевної порожнини	137

5.14. Функціональні обов'язки медсестри електрокардіографічного кабінету та техніка проведення дослідження	138
5.15. Методика проведення реоенцефалографії, реовазографії, електроенцефалографії	141
5.16. Санітарно-епідеміологічний режим у відділенні функціональної діагностики	143
Посилання на відеоматеріали за темою	145
Контрольні питання до теми	145
Тестові завдання	145
Рекомендована література	148

РОЗДІЛ VI РОБОТА МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (ДИТЯЧОЇ АМБУЛАТОРІЇ) 149

6.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень	149
6.2. Місце дитячої амбулаторії в структурі закладів охорони здоров'я дітей в Україні	151
6.3. Функціональні обов'язки, завдання та вимоги до медичної сестри дитячої амбулаторії	152
6.4. Алгоритм медсестринського огляду дитини в періоді новонародженості в домашніх умовах	153
6.5. Впровадження «стейтменту безпечного сну для малюків» (за участю Раковської Л., Костюкової Д., Домрес Н., Барської Л.)	154
6.6. Алгоритм медсестринського огляду дітей у віці від 1 місяця до 3 років в амбулаторних умовах	161
6.7. Система оцінки фізичного розвитку дитини	161
6.8. Режим годування та прийому води для здорової дитини за віком	164
6.9. Вимоги до режиму дня здорової дитини за віком	167
6.10. Основні форми первинної облікової документації у дитячій амбулаторії	171
6.11. Організація роботи кабінету щеплень у дитячій амбулаторії	173
6.12. Документація кабінету щеплень дитячої амбулаторії	174
6.13. Сучасний календар профілактичних щеплень за віком, протипоказання та поетапний алгоритм дій медичної сестри	175
6.14. Порядок дій при введенні вакцини АКДП	176
6.15. Алгоритм введення вакцини КПК	177
6.16. Порядок проведення та оцінки результатів проби Манту	177
6.17. Алгоритм внутрішньошкірного введення вакцини БЦЖ	178
6.18. Поствакцинальні реакції та ускладнення, вимоги до медсестри	179
6.19. Телемедицина в сучасній амбулаторній педіатричній практиці	184
Посилання на відеоматеріали за темою	187
Контрольні питання до теми	187
Тестові завдання	187
Рекомендована література	190

РОЗДІЛ VII ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ШКОЛІ, ДИТЯЧОМУ САДОЧКУ, ІНТЕРНАТІ, В ТАБОРІ ВІДПОЧИНКУ ТА НАДАННЯ ПЕРШОЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ 193

7.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень.....	193
7.2. Правила оцінки та реєстрації стану здоров'я дитини при зарахуванні до навчального закладу	195
7.3. Функціональні обов'язки медичної сестри ДНЗ.....	196
7.4. Поняття про сучасну шкільну патологію постави у дітей – «текстову шию», сколіоз та інші зміни хребта.....	199
7.5. Основи знань дитячих інфекційних хвороб для медсестри ДНЗ.....	204
7.6. Обладнання медичного кабінету ДНЗ.....	206
7.7. Документація медичного кабінету ДНЗ.....	208
7.8. Організація медичного забезпечення дитячого табору відпочинку	209
7.9. Функціональні обов'язки та вимоги до медичної сестри дитячого табору відпочинку	210
7.10. Базові вимоги до облаштування бомбосховищ та укриттів у закладах освіти.....	212
7.11. Поняття про першу допомогу та загальний алгоритм дій.....	214
7.12. Догоспітальна зупинка сильної кровотечі при вибухових пораненнях у дітей.....	217
7.13. Невідкладна допомога дітям при гострій дихальній недостатності. Базові реанімаційні заходи у дітей відповідно до рекомендацій American Heart Association, 2020. Алгоритм практичної навички (PBLs)	218
7.14. Перша допомога дітям при гострій серцево-судинній недостатності	219
7.15. Перша допомога дітям при гіпер- та гіпоглікемічній комах, тиреотоксичному кризі, гострій недостатності надниркових залоз та тиміко-лімфатичному статусі.....	222
7.16. Перша допомога дітям при сонячному та тепловому ударі	225
7.17. Надання первинної допомоги дітям при опіках різного походження	226
7.18. Алгоритм надання первинної допомоги дітям з травмами кінцівок.....	228
7.19. Послідовність дій при наданні первинної допомоги дітям при травмі голови	229
7.20. Надання первинної допомоги постраждалим при підозрі на гостре отруєння невідомою речовиною	230
7.21. Первинна допомога постраждалим при загальному переохолодженні та/або відмороженні	235
7.22. Алгоритм надання первинної допомоги дітям при пошкодженні очей	238
7.23. Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при утопленні	238
7.24. Алгоритм надання домедичної допомоги постраждалим при анафілаксії	242

7.25. Алгоритм дій медичної сестри закладу освіти при абдомінальному болю у дитини	245
7.26. Надання первинної допомоги дітям при укусах тварин, комах та кліщів.....	245
Посилання на відеоматеріали за темою.....	250
Контрольні питання до теми.....	250
Тестові завдання.....	251
Рекомендована література	255

**РОЗДІЛ VIII ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБОВ'ЯЗКИ ДІЄТСЕСТРИ
ДИТЯЧОГО СТАЦІОНАРУ, ДНЗ ТА ТАБОРУ
ВІДПОЧИНКУ. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗІОЛОГІЧНОГО
ЗА ВІКОМ ТА ЛІКУВАЛЬНОГО
ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ..... 257**

8.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень.....	257
8.2. Психо-фізіологічні характеристики дитячого віку, що обумовлюють особливості раціону харчування	258
8.3. Організація раціонального та лікувального харчування в сучасних умовах дитячого стаціонару	260
8.4. Диференційований підхід до визначення одного з головних методів лікування хворої дитини – дієтотерапії.....	262
8.5. Сучасні принципи достатності та збалансованості дитячого харчування	265
8.6. Функціональні обов'язки медсестри з дієтичного харчування та її документація.....	266
8.7. Основні вимоги до контрольної діяльності дієтсестри від розробки раціону до видачі порцій харчування у їдальні дитячого відділення	267
8.8. Алгоритм перевірки якості їжі на кухні харчоблоку стаціонару.....	268
8.9. Сучасні принципи організації харчування дітей у їдальнях ДНЗ	269
8.10. Санітарно-гігієнічні вимоги до працівників та функціонування харчоблоку ДНЗ.....	274
8.11. Правила транспортування харчових продуктів	277
Посилання на відеоматеріали за темою.....	278
Контрольні питання до теми.....	278
Тестові завдання.....	279
Рекомендована література	282

**РОЗДІЛ ІХ ЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ
МЕДИЦИНИ ДИТИНСТВА. РОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ
МЕДСЕСТРИ В РОБОТІ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ
ПЕДІАТРИЧНОЇ КОМАНДИ283**

9.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень.....	283
---	-----

9.2. Місце стратегії «реабілітації хворих дітей» у сучасній системі охорони здоров'я України	285
9.3. Основні принципи проведення реабілітації в педіатрії	287
9.4. Практичне використання принципів реабілітаційного діагностування хворих дітей	288
9.5. Поняття про реабілітаційний діагноз та індивідуальний реабілітаційний план надання допомоги	289
9.6. Склад та форми роботи педіатричної мультидисциплінарної реабілітаційної команди	291
9.7. Функціональні обов'язки медичної сестри з реабілітації	292
9.8. Головні напрямки роботи та завдання спеціалістів педіатричної мульти-дисциплінарної реабілітаційної команди	293
Посилання на відеоматеріали за темою	297
Контрольні питання до теми	297
Тестові завдання	298
Рекомендована література	301

РОЗДІЛ X ОБСЯГ РОБОТИ ТА НАВИЧКИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДИТЯЧОГО САНАТОРІЮ ТА ВІДДІЛЕННЯ ПРИРОДНОЇ Й АПАРАТНОЇ ФІЗІОТЕРАПІЇ..... 303

10.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень	304
10.2. Відмінності різних типів лікувально-оздоровчих закладів	305
10.3. Показання та протипоказання для санаторно-курортного лікування	306
10.4. Оформлення документації для направлення у дитячий санаторій	307
10.5. Основні лікувально-оздоровчі заходи у діяльності санаторію	308
10.6. Принципи організації підрозділів та ведення медичної документації санаторію	309
10.7. Сучасна класифікація методів фізіотерапевтичного лікування	310
10.8. Особливості використання фізіо-терапевтичних процедур за віком дитини	314
10.9. Обов'язки медичних сестер фізіотерапевтичного відділення	315
10.10. Забезпечення безпеки фізіотерапевтичного лікування	316
10.11. Техніка безпеки при роботі у фізіотерапевтичному кабінеті	317
Посилання на відеоматеріали за темою:	318
Контрольні питання до теми:	318
Тестові завдання	319
Рекомендована література	322

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ..... 323

ПРАВИЛЬНІ ВІДПОВІДІ НА ТЕСИ ЗА РОЗДІЛАМИ:..... 325

ПЕРЕЛІК НАВИЧОК ТА МАНІПУЛЯЦІЙ ЗА ТЕМАМИ 326

ДОДАТКИ..... 331

Цей посібник збирався у найтяжкий воєнний час в історії сучасної України, коли кожен співвітчизник усвідомив наскільки значимим для виживання є відчуття фізичної та психологічної витривалості, володіння необхідними навичками збереження та захисту не тільки свого життя, а й існування кожної людини, родини та усєї країни.

Сім'я, час та здоров'я – стали з лютого 2022 року головними життєвими цінностями для кожного українця, особливо медичного працівника. Ми чітко усвідомили, що від уміння спокійно та упевнено проводити **професійні дії (тобто у стислі терміни отримувати ефективний результат)**, починаючи з грамотного опитування батьків, оточуючих постраждалих, хворих дітей, проведення їх огляду, – до автоматично вивіrenих кроків надання первинної або базової реанімаційної медичної допомоги, часто залежить життя людини. Усі медики України в цей екстремальний час випробували усвідомили гостру необхідність удосконалювати свої практичні навички. Як правильно рятувати дітей при вибухових пораненнях, зберігати температуру тіла ізотермічною ковдрою з фольги, облаштувати бомбосховище та оптимально укомплектувати аптечку для надання невідкладної допомоги? Яка роль медичної сестри у роботі педіатричної реабілітаційної мультидисциплінарної команди чи в процесі телемедичної комунікації з хворою дитиною? Як проводити транскутанну білорубінометрію чи користуватись венозним сканером для полегшення виконання внутрішньовенних ін'єкцій новонародженим та дітям будь-якого віку? Ці та багато інших питань потребують нових знань та практики.

Медичні сестри є не тільки головними помічниками лікарів, але часто особисто несуть відповідальність за здоров'я пацієнтів, самостійно приймають рішення з питань порятунку хворих та поранених. Наприклад, хірурги дуже ретельно їх обирають для співпраці, враховуючи особливі психологічні якості та практичну майстерність. А кращих медичних сестер описують так: *«Їй не треба щось*

підказувати. Вона відчуває твої думки і сама своєчасно покладе тобі у руки скальпель. Ми дихаємо одним повітрям, ми злиті в єдине ціле, виконуючи часто дуже складні завдання...».

Така унікальна професійна взаємодія потребує від медичної сестри вишколеності дій, які досягаються, з одного боку, докладним описом у підручниках, а з другого – багаторазовим відпрацюванням на манекенах та навчальному обладнанні. Ось чому в даному посібнику ми поєднали найсучасніші прийоми та засоби надання допомоги з традиційними, які можна використовувати навіть у бомбосховищах чи у «польових» воєнних умовах.

Комунікація, знання та практичні навички – «наріжний камінь» сучасних освітніх програм для підготовки медичних працівників від середнього до найвищого магістерського рівня педіатричної спрямованості, які дозволяють значно підвищувати ефективність медичної допомоги. Наприклад, впровадження у 2023 році в європейських медичних закладах «стейтменту з безпечного дитячого сну» дозволило знизити рівень синдрому випадкової дитячої смертності у новонароджених на 93 %. А своєчасне виявлення та лікування у школярів ознак сколіозу та «текстової шії» попереджає у дорослих розвиток гіпертонічної хвороби та інсультів.

Багато залежить від особистих якостей та мистецтва комунікації медичних працівників, адже необхідно переконливо донести інформацію до кожної родини, щоб її усвідомили та активно впроваджували у життя. Уміння довірливо спілкуватися з хворими та колегами, зберігати рівновагу та оптимізм, знаходити найефективніші рішення у екстремальних ситуаціях та психологічно вірний, доброзичливий підхід до кожної дитини і батьків, непорушне прагнення професійного саморозвитку – все це є важливою запорукою успіху в медицині дитинства. «У людині я люблю світло. Товщина свічки мене не хвилює. Яскравість полум'я скаже мені, чи хороша свічка», – писав Антуан де Сент-Екзюпері.

Посібник відповідає новітнім вимогам основних та вибіркового компонентів ОПП 228 «Педіатрія», які зараз масово впроваджуються в закладах вищої медичної освіти України. Кожен розділ посібника

має відповідний опис навичок, які представлені в інтерактивному вигляді (у алгоритмах, схемах, світлинах, таблицях та посиланнях на відеоматеріали), що максимально спрощує їх засвоєння. Ми пропонуємо ілюстрації та демонстрації маніпуляцій супроводжувати на практиці їх ретельним відпрацюванням. Крім того, у кожному розділі міститься ряд тестів та контрольних запитань, що надає можливість самостійно перевірити рівень отриманих знань та вмій. Леонардо да Вінчі відзначав: «Я був вражений тим, як важливо вживати дії. Недостатньо просто знати, треба використовувати знання. Мало бажати чогось, потрібно працювати».

Тому майбутньому медику важливо постійно «нарощувати та прокачувати» собі т. з. «професійний м'яз», тобто використовувати знання на практиці, нескінченними повторами та жорсткою дисципліною відшліфовувати навички майстерності. А набутий практичний досвід трансформувати вже у свої особисті професійні прийоми – найефективніші та найзручніші для надання допомоги малюкам та їх родинам.

За словами великого китайського філософа Лао-цзи: «Шлях у 1000 миль починається з першого кроку». Тому ми сподіваємось, що в нинішній складний час наш навчальний посібник стане корисним не тільки студентам та інтернам, але й багатьом медичним, педагогічним працівникам різного рівня, а також волонтерам, військовим, батькам і буде важливим кроком для всіх спеціалістів у **збереженні всебічного здоров'я дітей України.**



Розділ I

ОСНОВНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБОВ'ЯЗКИ ТА ПРИНЦИПИ ДЕОНТОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ НА РІЗНИХ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ РІВНЯХ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ

Актуальність

Від кваліфікації, професіоналізму та особистих якостей медичної сестри в педіатрії залежить не тільки успіх та ефективність лікування, а й якість життя пацієнта. Основою сестринської справи є повага до гідності та прав пацієнта, надання йому допомоги в якнайшвидшому одужанні.

Службові відносини медичних працівників складаються з відносин між співробітниками, хворими дітьми та їхніми родичами.

Правильній поведінці медпрацівника у різних ситуаціях (бути зібраним, стриманим, спокійним, уважним, турботливим) як у ставленні до хворих, так і у взаємовідносинах з колегами, батьками та родичами пацієнтів вчить деонтологія.

1.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
	Медична етика	Гуманістичні, етичні начала в діяльності медичних працівників

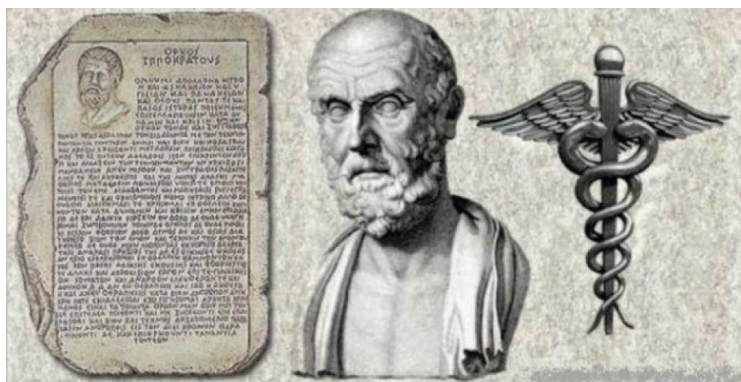
1	2	3
	Медична деонтологія	Вчення про належну поведінку медичних працівників, що сприяє швидшому одужанню хворого
	Субординація (від лат. subordinatio – підкоряння)	Суворе службове підпорядкування нижчого за посадою персоналу вищому
	Медична сестра відділення	Середній медичний персонал. Медична сестра виконує свої обов'язки у безпосередньому підпорядкуванні завідуючому відділенням, але функціонально підпорядковується старшій медсестрі відділення
	Молодший медичний персонал відділення	Особи, що не мають спеціальної медичної освіти, працюють в лікувально-профілактичних закладах та виконують допоміжні функції
	Старша медична сестра відділення	Середній медичний персонал, безпосередньо підпорядковується завідуючому відділенням, а функціонально – головній медичній сестрі стаціонару
	Сестра-господарка відділення	Працівник лікарні, який має повну середню освіту, індивідуальну підготовку молодшої медичної сестри та інструктаж з матеріальної відповідальності. Безпосередньо підпорядковується головному бухгалтеру та головній медсестрі стаціонару, функціонально – завідуючому відділенням та керує роботою молодшого медперсоналу
	Головна медична сестра стаціонару	Середній медперсонал, безпосередньо підпорядковується директору дитячого стаціонару, а функціонально – заступнику директора з медичної частини

1.2. Принципи медичної етики, деонтології та субординації в умовах дитячого стаціонару

Професійна етика притаманна кожному виду людської діяльності. Для медиків вона має особливе значення, бо йдеться про здоров'я і життя людини, зокрема дитини. Тож правила та зразки поведінки, умови саморегуляції особистості на підставі етичних принципів, яким вчить медична деонтологія, стають важливою основою професійної діяльності медичних працівників.

Професійна етика притаманна кожному виду людської діяльності. Для медиків вона має особливе значення, бо йдеться про здоров'я і життя людини, зокрема дитини. Тож правила та зразки поведінки, умови саморегуляції особистості на підставі етичних принципів, яким вчить медична деонтологія, стають важливою основою професійної діяльності медичних працівників.

Медична етика – складова частина етики («етика» від грецького *ethos* – звичай), яка розглядає гуманістичні, етичні начала в діяльності медичних працівників.



Основні медичні етичні принципи та зобов'язання сформулював ще Гіпократ. Дев'ять з них стали основою *Клятви Гіпokrата: Насамперед – не нашкодь!*

- зобов'язання перед вчителями, колегами й учнями;
- незаподіяння шкоди хворому;
- милосердя (обов'язок надання допомоги хворому);
- піклування про користь хворого та превалювання його інтересів;
- повага до життя та негативне ставлення до еутаназії;
- негативне ставлення до абортів;
- заборона інтимних стосунків з пацієнтами;
- особистісне вдосконалювання;
- зберігання конфіденційності (лікарська таємниця).

Догляд за дитиною у стаціонарі здійснюється як медичними працівниками (лікар, медична сестра), так і родичами хворого. Кон-

такти медичних працівників із хворою дитиною і найближчими родичами можуть тривати, в залежності від тяжкості захворювання, багато тижнів, місяців (навіть роки). Це потребує суворого дотримання етико-деонтологічних принципів у взаєминах медпрацівників з хворими дітьми та їхніми родичами.

У відповідності до Міжнародного кодексу лікарської деонтології виділяють дві стратегічні вимоги до лікаря і медичного працівника середньої ланки: 1) знання та професіоналізм; 2) доброзичливість у ставленні до людей.

Взаємовідносини медичних працівників в умовах стаціонару мають особливе значення. Будь-яке порушення етики, невиконання чи недобросовісне виконання професійних обов'язків позначається на ефективності лікувального процесу.

Для медичної сестри обов'язок полягає насамперед у чіткому виконанні всіх призначень лікаря (режим, дієта, ін'єкції, роздача лікарських засобів, вимірювання температури тіла і т.д.). Для цього необхідні самодисципліна та самоконтроль, постійне удосконалення професійної майстерності, поповнення знань. Ефективність виконання лікарських розпоряджень залежить ще й від особистого неформального ставлення до своїх обов'язків.

Якщо медичний працівник кваліфікований фахівець, досконало володіє професійними навичками і ретельно виконує свої обов'язки, та, на жаль, не може налагодити контакт із хворими, то його дії не принесуть належного лікувального ефекту. Адже прояв уваги до потреб хворого, турбота, ввічливе та ласкаве спілкування, доброзичлива посмішка також є елементами лікування, бо допомагають дитині адаптуватися в новій обстановці і сприяють одужанню.

Молодший медперсонал не має права брати на себе функції, що входять до компетенції лікаря і середньої медичної сестри, зокрема роз'яснювати батькам або родичам хворих дітей характер захворювання, тлумачити результати лабораторних та інструментальних досліджень. Можна повідомляти батькам лише про загальний стан хворої дитини, морально підтримувати і підбадьорювати їх. Не слід у присутності хворих обговорювати чи критикувати професійний рі-

вень і призначення лікарів. Це підживляє не лише авторитет лікаря, а й віру хворого в успіх лікування.

Медична сестра не повинна приховувати допущені нею помилки під час виконання своїх обов'язків і виправляти їх самостійно. Краще чесно доповісти про них лікарю: чесність у роботі є запорукою злагодженої і ефективної роботи всього колективу лікарні.

З'ясовувати відносини між медичними працівниками у присутності хворих дітей чи їхніх родичів неприпустимо. Зауваження нижчому за посадою треба робити тактовно, наодинці. У відносинах між медичними працівниками слід дотримуватись субординації, тобто підпорядкування нижчого за посадою працівника вищому: молодша медична сестра – постова медична сестра – процедурна сестра – старша медична сестра – лікар – завідувач відділенням. Суворо трудова дисципліна, товариська взаємодопомога, ввічливе та доброзичливе ставлення до пацієнтів – ось основні базові положення культури службових взаємин.

1.3. Особисті професійні якості медичної сестри дитячих закладів охорони здоров'я

Особисті професійні якості медичної сестри дитячих закладів поділяються на (рис. 1):

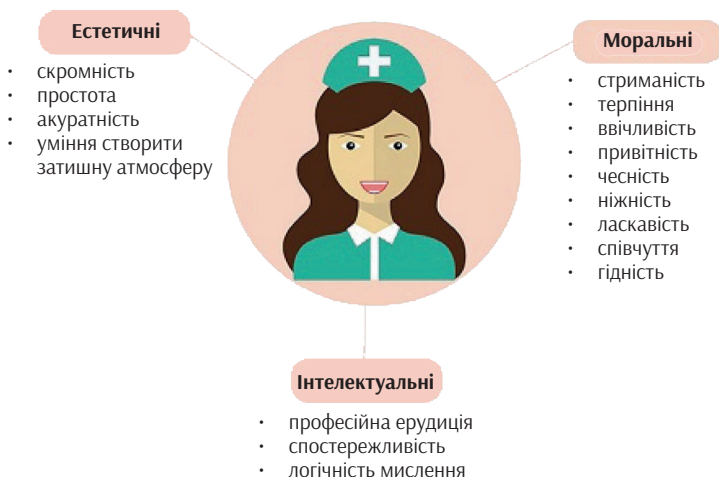


Рис. 1. Схема особистих професійних якостей медсестри

1.4. Схема безпосередньої підпорядкованості працівників дитячого стаціонару

На схемах представлена картина підпорядкованості працівників дитячої лікарні (рис. 2, 3). Слід зазначити, що частіше заступник генерального директора з медсестринства та головна медична сестра – це одна посада.



Рис. 2. Схема підпорядкованості працівників дитячої лікарні

У структурі підпорядкованості дитячого відділення стаціонару медична чергова сестра – це і є посада постової медичної сестри, яка працює позмінно, тобто відповідними чергуваннями.

1.5. Функціональні обов'язки медичної сестри дитячого відділення

Медична сестра дитячої лікарні повинна:

- Виконувати призначення лікаря.
- Проводити маніпуляції та процедури згідно з профілем роботи.
- Забезпечувати медичний догляд за хворими дітьми.

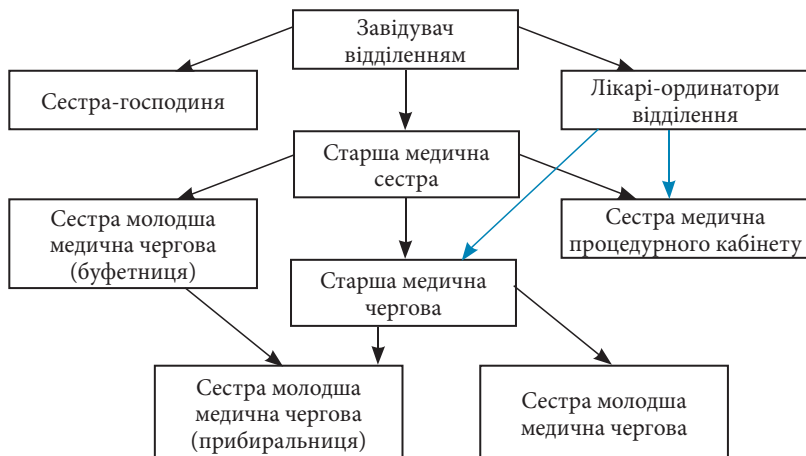


Рис. 3. Структура підпорядкованості дитячого відділення стаціонару

- Проводити профілактичні заходи, спрямовані на запобігання захворювань та своєчасне їх виявлення.
- Володіти прийомами реанімації, вміти надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах.
- Володіти методами асептики та антисептики.
- Вести медичну документацію.
- Брати активну участь у поширенні медичних знань серед населення.
- Постійно удосконалювати свій професійний рівень.

Медична сестра повинна брати участь у лікарському обході хворих, повідомляти лікарю відомості про стан здоров'я дітей, отримувати подальші вказівки по догляду за хворими та виконувати їх (рис. 4).

До деталізованого порядку дій медичної сестри входить:

- вимірювання температури тіла хворого та занесення показників до температурного листка медичної карти стаціонарного хворого;
- підрахунок частоти серцевих скорочень та частоти дихання за 1 хвилину;



Рис. 4. Під час лікарського обходу хворих

- вимірювання артеріального тиску, діурезу, маси і довжини тіла та ін.;
- супровід дітей на рентгенологічні, ендоскопічні, радіологічні та інші дослідження;
- слідкування за своєчасним поверненням медичних карт стаціонарних хворих від спеціалістів;
- внесення до медичних карт хворих результатів досліджень;
- виклик для консультації фахівців з інших відділень за призначенням завідуючого відділенням або лікуючого лікаря;
- записи в листках призначень про виконання лікувальних і гігієнічних процедур та маніпуляцій;
- збір матеріалів для аналізів (сечу, кал, харкотиння та ін.), доставка їх в лабораторію, отримання результатів досліджень і підклеювання відповідей в медичні карти стаціонарних хворих;
- підготовка до роботи необхідного інструменту, обладнання;
- стеження за санітарним станом, чистотою, тишею і порядком в закріплених за нею палатах;
- навчання дітей та їх батьків правилам особистої гігієни;
- проведення гігієнічних ванн, відстеження зміни нагільної та постільної білизни;
- участь у санітарно-освітній роботі.

Обсяг маніпуляцій, лікувальних та гігієнічних процедур для виконання медичною сестрою педіатричного відділення:

1. Годування дитини через зонд, зондування і промивання шлунка.
2. Ставлення клізм усіх видів (очисні, сифонні та ін.).
3. Введення газовідвідної трубки.
4. Проведення катетеризації сечового міхура м'яким катетером (у дітей старше 1 року).
5. Накладання компресів.
6. Втирання лікарських засобів зовнішнього користування.
7. Введення лікарських засобів через рот.
8. Закапування лікарських розчинів у очі, ніс, вуха.
9. Накладання пластиря.
10. Проведення внутрішньошкірних, підшкірних, внутрішньо-м'язових і внутрішньовенних (останні – за дозволом лікаря) ін'єкцій.
11. Вимірювання артеріального тиску.
12. Проведення непрямого масажу серця.
13. Проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ).
14. Взяття мазків із зіву і носа.
15. Проведення фізіотерапевтичних процедур (за призначенням лікаря).
16. Проведення моніторингового спостереження за хворим і фіксування відхилень на дисплеї.
17. Проведення дуоденального і шлункового зондування.

1.6. Функціональні обов'язки старшої медичної сестри дитячого відділення

Роботу середнього та молодшого медичного персоналу стаціонару планує та організовує старша сестра. Вона допомагає завідувачу відділенням, контролює та забезпечує:

- виконання підлеглими посадових інструкцій, правил внутрішнього трудового розпорядку;
- складання та дотримання графіків роботи середнього та молодшого медичного персоналу;
- своєчасне заміщення працівника у разі невиходу на роботу;

- поповнення медичного інструментарію, медикаментів, предметів догляду за хворими.

А також відповідає за:

- дотримання протиепідемічного режиму;
- складає заявки на харчування хворих;
- веде облік надходження та виписки хворих.

Старша медична сестра здійснює контроль за своєчасним і якісним виконанням медичними сестрами призначень лікарів. Вона виконує такі адміністративні обов'язки:

- здійснює зв'язок з іншими відділеннями лікарні та різними закладами;
- викликає за вказівкою лікаря фахівців на консилиум;
- встановлює порядок направлення хворих на окремі процедури та на обстеження.

Щоденно, розпочинаючи роботу до зміни палатних сестер, старша медична сестра перевіряє санітарний стан відділення, наявність медикаментів, білизни, обліковує їх. Інформує завідувача, одержує від нього вказівки, бере участь в обході хворих.

1.7. Функціональні обов'язки сестри-господарки та молодшого медичного персоналу дитячого відділення

Сестра-господарка повинна виконувати наступні завдання:

1. Вести облік господарського майна, забезпечувати його раціональне використання (рис. 5).
2. Керувати роботою молодших медичних працівників, прибиральниць.
3. Забезпечувати молодших медичних сестер достатньою кількістю чистої білизни для кабінетів та спецодягу для медичних працівників. Приймати від молодших медсестер брудну білизну та спецодяг.
4. Здавати брудну білизну до пральної у відповідні терміни та одержувати чисту. Зберігати чисту та брудну білизну у різних приміщеннях. Керувати своєчасною зміною білизни.

5. Контролювати правильність використання білизни та спецодягу, своєчасно здавати їх у ремонт. Дрібний ремонт організовувати силами молодшого медичного персоналу. Забезпечувати проведення поточного ремонту обладнання, своєчасно інформувати інженера та директора стаціонару про порушення його цілісності. Звітувати перед бухгалтерією про витрачання різного інвентаря.
6. Забезпечувати відділення господарським, м'яким та твердим інвентарем, спецодягом, речами гігієни і канцелярськими товарами. Проводити зміну спецодягу та рушників медичним співробітникам відділення у встановлені терміни. Готувати до своєчасного списання зношене та застаріле.
7. Складати заявки на отримання необхідного інвентаря та обладнання і передавати в господарську частину.
8. Слідкувати за дбайливим ставленням персоналу до матеріальних цінностей, електроприладів, за витрачанням миючих та дезінфікуючих засобів. Дотримуватись правил техніки безпеки та протипожежної охорони самій та вимагати їх виконання від молодшого медичного персоналу.
9. Навчати молодший медичний персонал відділення правилам користування дезінфікуючими засобами, предметами гігієни, контролювати дотримання цих правил, слідкувати за проходженням сантехмінімуму новоприйнятих на роботу.
10. Слідкувати за своєчасною обробкою відділення дезінфікуючими засобами для боротьби з комахами у весняно-літній період.
11. Забезпечувати відділення маркованим посудом, призначеним для усіх видів дезінфекції.
12. Забезпечувати проведення силами молодшого медичного персоналу генеральних прибирань у відділенні та систематичного прибирання території двору закладу.
13. Дотримуватись правил етики та деонтології. Виконувати лікувально-охоронний режим, брати участь у заняттях по підвищенню кваліфікації.
14. Вести необхідну облікову та звітну документацію.
15. Своєчасно проходити профілактичні медичні огляди та робити профілактичні щеплення.

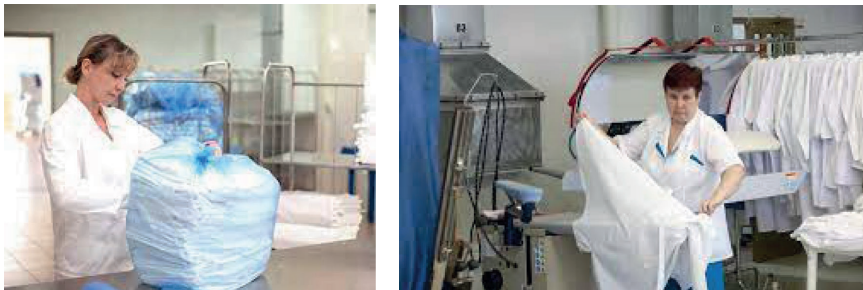


Рис. 5. Облік майна входить до обов'язків сестри-господарки

Обов'язки молодшого медичного персоналу:

- Підтримувати відповідний санітарно-гігієнічний стан відділення.
- Проводити санітарну обробку хворих дітей, щоденний туалет, перевдягання дітей, зміну постільної білизни, супровід у разі необхідності дітей до туалету, подачу судна, його дезінфекцію, доставку біологічного матеріалу в лабораторію.
- Виконувати вологе прибирання палат, операційних, кабінетів, коридорів, місць загального користування, дезінфекцію та зберігання інвентаря, готувати робочі дезінфікуючі розчини (рис. 6).
- Допомогати постовим медсестрам у підготовці хворих до лікувально-діагностичних досліджень.
- Забезпечувати правильне використання і зберігання предметів догляду за хворими.
- Здійснювати контроль за зберіганням продуктів, які належать хворим.
- Дотримуватися правил техніки безпеки.

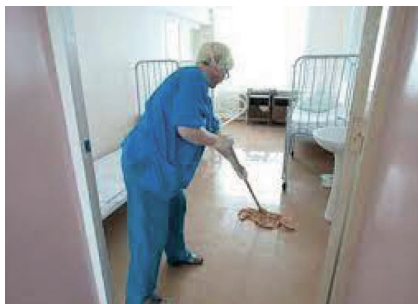




Рис. 6. Вологе прибирання приміщень, миття посуду, приготування дезрозчинів, транспортування хворих.

1.8. Функціональні обов'язки головної медичної сестри дитячого стаціонару

Заступник головного лікаря з медсестринства (головна медична сестра стаціонару) зобов'язана:

- ▶ Забезпечувати раціональну організацію праці молодших спеціалістів з медичною освітою та молодших медсестер, контролювати виконання ними службових обов'язків, наказів і розпоряджень керівництва.
- ▶ Здійснювати раціональну розстановку молодших спеціалістів з медичною освітою та молодших медичних сестер по робочих місцях, контролювати своєчасне і чітке виконання медсестринським персоналом лікарських призначень.
- ▶ Проводити особисто регулярні обходи відділень, при цьому оцінювати якість роботи молодших спеціалістів з медичною освітою та молодших медичних сестер щодо догляду та обслуговування хворих, дотримання трудової дисципліни, підготовку медсестрами робочих місць до прийому пацієнтів, а також розглядати скарги пацієнтів та оперативно приймати відповідні рішення.
- ▶ Організувати ведення обліку та контролювати зберігання спирту, наркотичних засобів, медикаментів, бланків суворого обліку: листків непрацездатності (довідок), лікарських свідоцтв про смерть, бланків рецептів на наркотичні засоби тощо.

- Контролювати дотримання санітарно-протиепідемічного режиму, дотримання молодшими спеціалістами з медичною освітою та молодшими медичними сестрами норм та правил асептики і антисептики, використання дезінфікуючих засобів.
- Організувати ведення обліку всіх контрольно-вимірвальних приладів із зазначенням термінів Держпівірки, контролювати своєчасне проведення планового технічного і поточного ремонту медичної апаратури.
- Брати участь у роботі комісії по списанню несправних контрольно-вимірвальних приладів, медичної апаратури.
- Організувати навчання молодших спеціалістів з медичною освітою та молодших медичних сестер структурних підрозділів по веденню необхідної документації, особисто ознайомлювати прийнятих на роботу працівників з правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовими інструкціями та обов'язковою документацією.
- Вживати заходів щодо підвищення кваліфікації та проведення атестації молодших спеціалістів з медичною освітою та молодших медичних сестер, складати плани-графіки проведення семінарських занять серед медсестер, брати участь у роботі фахових конференцій та інших навчально-методичних заходів.
- Організувати та спрямовувати роботу Ради медичних сестер, проводити планові засідання, забезпечувати підготовку проектів розпорядчих документів, контролювати виконання відповідних рішень.
- Організувати ведення та своєчасну підготовку необхідної обліково-звітної документації.

Контрольні питання до теми

1. Чим відрізняється поняття медичної етики та медичної деонтології?
2. Які деонтологічні обмеження накладаються на молодший медичний персонал дитячого відділення?
3. Перерахуйте професійні особистісні риси медичної сестри дитячого стаціонару.

4. Які функціональні обов'язки медичної сестри?
5. Принципи деонтології медичної сестри при роботі в стаціонарі.
6. Які маніпуляції виконує медична сестра у педіатричному стаціонарі?
7. Принципи фахової субординації в педіатричному стаціонарі.
8. Перерахуйте обов'язки старшої медичної сестри.
9. Кому безпосередньо підпорядковується старша сестра та постова медична сестра дитячого відділення?
10. В чому різниця функціонального підпорядкування старшої сестри та постової медичної сестри дитячого відділення?
11. Кому безпосередньо та функціонально підпорядковується головна медична сестра стаціонару?
12. Які її функціональні обов'язки?

Тестові завдання

1. Необхідне дотримання субординації у відношеннях між медичними працівниками таке:
 - А) молодша м/с – постова м/с – процедурна м/с – старша м/с – лікар – зав. відділенням
 - Б) молодша м/с – процедурна м/с – постова м/с – старша м/с
 - В) процедурна м/с – старша м/с – лікар – зав. відділенням
 - Г) молодша м/с – сестра-господарка – старша м/с – лікар – зав. відділенням
 - Д) постова м/с – старша м/с – зав. відділенням – директор стаціонару
2. До обов'язків медичного працівника входить все, крім:
 - А) надання допомоги хворому
 - Б) підвищення лікарської кваліфікації
 - В) не нашкодити хворому
 - Г) охорона навколишнього середовища
3. До обов'язків медичної сестри входить:
 - А) забезпечення медичного догляду
 - Б) дотримання принципів деонтології

- В) виконання лікарських призначень
 - Г) все перераховане
4. Медична деонтологія це:
- А) вчення про належну поведінку медичних працівників, яка створює сприятливі умови для одужання хворого
 - Б) наука про взаємини лікаря і хворого
 - В) комплекс правил поведінки і спілкування в професійній діяльності лікаря
 - Г) система морально-етичних принципів діяльності лікаря
5. До естетичних якостей медичної сестри належить:
- А) стриманість
 - Б) терпіння
 - В) простота
 - Г) спостережливість
6. Медична сестра виконує такі маніпуляції:
- А) годування дитини через зонд
 - Б) постановка клізм
 - В) вимірювання артеріального тиску
 - Г) все перераховане
7. До моральних якостей медичної сестри не належить:
- А) стриманість
 - Б) привітність
 - В) акуратність
 - Г) гідність
8. До інтелектуальних якостей медичної сестри належить:
- А) скромність
 - Б) спостережливість
 - В) ласкавість
 - Г) привітність
9. Хто в педіатричному відділенні відповідає за поповненням мийучих та дезінфікуючих засобів у відділенні?
- А) сестра-господарка
 - Б) зав. відділенням
 - В) старша медична сестра

- Г) молодша медична сестра
10. За які порушення медичний персонал несе карну відповідальність?
- А) порушення субординації персоналу
Б) порушення режиму провітрювання палат
В) розголошення лікарської таємниці
Г) з'ясування відносин персоналу у присутності хворої дитини
11. До обов'язків медсестри педіатричного стаціонару входять:
- А) виконання призначень лікаря
Б) повідомлення про стан здоров'я дітей
В) навчання дітей і батьків правилам особистої гігієни
Г) все перераховане
12. Яка документація заповнюється медичною сестрою при оформленні дитини до стаціонару?
- А) журнал госпіталізації
Б) лист інфузійної терапії
В) журнал передачі зміни
Г) історія розвитку дитини
13. До обов'язків старшої медичної сестри не відносяться:
- А) супровід дітей на рентгенологічні, ендоскопічні, радіологічні та інші дослідження
Б) забезпечення дотримання графіка роботи середнього та молодшого медичного персоналу
В) забезпечення раціональної організації праці молодших спеціалістів з медичною освітою
Г) організація ведення та своєчасна підготовка необхідної обліково-звітної документації
14. Кому безпосередньо підпорядкована старша медична сестра відділення?
- А) лікарю-ординатору
Б) завідувачому відділенням
В) директору стаціонару
Г) головній медсестрі стаціонару
15. Що таке ятрогенія?
- А) порушення субординації персоналу

- Б) помилкові або неадекватні дії медичного працівника, що призвели до виникнення захворювання
- В) система морально-етичних принципів діяльності лікаря
- Г) система морально-етичних принципів

Рекомендована література

Основна література:

1. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навчальний посібник /за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. Київ : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.
2. Наказ МОЗ України від 31.08.2004 № 437 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і дошпитальному етапах». URL : <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ3820>
3. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0131282-12#Text>

Додаткова література:

1. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / Л.С. Савка, Л.І. Разінкова, О.І. Коцар, Л.М. Ковальчук, О.В. Кононов. 4-е видання. Київ : Видавництво «Медицина», 2018. 600 с.
2. Сестринська справа : підруч. / Н.М. Касевич, І.О. Петряшев, В.В. Сліпченко та ін.; за ред. В.І. Литвиненка. 3-є вид., випр. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2017. 816 с.
3. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2019. 392 с.



Розділ II

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРИЙМАЛЬНОМУ ВІДДІЛЕННІ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ

Актуальність

Знання організації роботи приймального відділення, медичного персоналу, вміння надати долікарську допомогу при невідкладних станах, санітарна обробка мають важливе значення для розуміння обсягу завдань медичної сестри при прийомі хворої дитини у лікарню.

2.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
ШВЛ	Штучна вентиляція легень	Процес, спрямований на забезпечення природного обміну газів у легенях, що здійснюється медичним працівником (або парамедиком) для забезпечення дихання пацієнта

1	2	3
	Педикульоз	Ектопаразитне захворювання шкіри, породжене вошами
	Короста	Це паразитарна заразна хвороба, збудником якої є коростяний кліщ
	Гігієнічна ванна	Спосіб гігієнічної процедури дитини
	Санітарна обробка хворого	Комплекс заходів, спрямованих на запобігання проникненню та розповсюдженню інфекційних та паразитарних захворювань у лікувально-профілактичних закладах
	Перелік основної медичної документації	Основна медична документація приймального відділення: медична карта стаціонарного хворого; журнал реєстрації хворих
	Правила прийому хворих до стаціонару	Прийом хворого здійснюється в такій послідовності: реєстрація, огляд лікарем, надання невідкладної допомоги у разі необхідності, санітарна обробка, транспортування до відділення

2.2. Структура та функції приймального відділення дитячого стаціонару

Приймальне відділення – лікувально-діагностичне відділення, де відбувається реєстрація, прийом, первинний огляд, санітарно-гігієнічна обробка хворих і надання кваліфікованої (невідкладної) медичної допомоги. Від того, наскільки професійно, швидко і організовано діє медичний персонал цього відділення, певною мірою залежить успіх подальшого лікування хворого, а при невідкладних станах – і його життя. Тому персоналу приймального відділення необхідно з належною увагою ставитися до хворої дитини, враховуючи її стан, хвилювання батьків, мати терпіння при вислуховуванні скарг як самої дитини, так і осіб, що її супроводжують.

Організаційно-функціональна структура приймального відділення повинна мати необхідну кількість відповідних приміщень, що відповідають профілю і потужності стаціонару (див. розділ 1 навчального посібника 2-го курсу «Догляд за здоровою та хворою дитиною»).

2.3. Варіанти поступлення хворої дитини до стаціонару

До приймального відділення пацієнти можуть бути доставлені:

1. Каретою швидкої допомоги: при нещасних випадках, травмах, гострих захворюваннях і загостренні хронічних захворювань.
2. За електронним направленням лікаря амбулаторії.
3. Самозвернення.
4. Переведені з інших лікувальних закладів за погодженням з адміністрацією.

Залежно від способу доставки хворої дитини в лікарню і її стану розрізняють два види госпіталізації пацієнтів: *планова і екстрена*.

Якщо хвору дитину доставляють до приймального відділення у тяжкому стані чи середньої тяжкості, то ще до реєстрації медична сестра зобов'язана надати хворому першу медичну допомогу, терміново запросити до хворого лікаря і швидко виконати всі лікарські призначення.

2.4. Оформлення медичної документації у приймальному відділенні дитячого стаціонару

Вся сестринська медична документація оформляється медичною сестрою приймального відділення після огляду хворого лікарем і вирішення ним питання по госпіталізації хворого в даний лікувальний заклад.

Медична сестра проводить антропометрію, термометрію та виконує інші маніпуляції, призначені лікарем. Потім оформляє документи хворого:

- Зазначає ПІБ, дату народження, місце проживання, прописку, необхідну інформацію про новоприбулого пацієнта.
- Звідки і ким був доставлений пацієнт.
- Діагноз установи, що направила хворого в клініку.
- Попередній діагноз лікаря приймального покою.
- Час вступу.

- Відділення подальшої госпіталізації.
- Заповнює титульний аркуш історії хвороби – практично ті ж відомості. Додатково вказується контактна інформація про близьких, родичів госпіталізованого.

Санітарна обробка новоприбулих хворих (при потребі) проводиться у відділеннях (боксах). Санітарний вузол для хворих розміщується в кожному боксі приймального відділення, або окремо.

Інструкції по організації роботи відділення повинні знаходитись в доступному місці:

- Інструкції з поведінки персоналу в надзвичайних ситуаціях.
- Методичні вказівки вищих інстанцій, головного лікаря клініки.
- Тека з інструкціями по виявленню особливо небезпечних інфекційних захворювань.
- Інструктивна документація на випадок пожежі, терористичного акту та іншої НС.
- Інструкції щодо алгоритму дій середнього медичного персоналу до приходу лікаря з надання невідкладної медичної допомоги пацієнту.
- Інструктивні документи щодо дотримання санітарно-епідеміологічного режиму.
- Стандарти з огляду, обстеження хворого.
- Графік чергувань.
- Положення про відповідального лікаря.
- Таблиця отрут і відповідних протиотрут.

2.5. Вимоги до медичної сестри приймального відділення

На посаду медичної сестри приймального відділення головним лікарем, за поданням завідувача відділенням, призначається (і звільняється) особа з середньою медичною освітою. Медсестра підпорядковується безпосередньо лікарю і старшій медичній сестрі відділення. У своїй роботі керується посадовою інструкцією, розпорядженнями і вказівками вищестоящих посадових осіб. Розпорядження медичної сестри є обов'язковими для молодшого медичного персоналу приймального відділення.

Від знання кожним працівником приймального відділення своїх обов'язків і різноманітних відомостей, пов'язаних з їх виконанням, залежать кваліфіковані дії медичного персоналу.

Медична сестра приймального відділення повинна вміти:

1. Прийняти і здати: чергування; ключі від сейфа та шафи з лікарськими препаратами; медичне обладнання та інструментарій; предмети догляду за хворими; санітарний стан відділення.
2. Регулювати і надавати допомогу хворим залежно від їхнього стану.
3. Заповнювати необхідну медичну документацію: «Журнал обліку поступаючих на стаціонарне лікування»; «Журнал обліку консультацій і відмов від госпіталізації»; «Журнал сигнальних повідомлень»; журнали обліку надходження та витрачання ліків та спирту; медичну карту стаціонарного хворого (титульний аркуш); карту вибулого зі стаціонару (паспортні дані); термінове повідомлення про інфекційне захворювання; бланки опису речей, документів, цінних речей хворого.
4. Здійснити долікарський огляд хворого: виміряти температуру тіла, артеріальний тиск; підрахувати частоту пульсу, дихальні рухи; оглянути тіло хворого для виявлення інфекційних захворювань; провести антропометричні вимірювання.
5. Надати долікарську невідкладну медичну допомогу.
6. Організувати огляд та первинне обстеження хворого черговим лікарем або лікарем за фахом.
7. Виконати призначення лікаря: ін'єкції; промивання шлунка; клізми; пов'язки; оксигенотерапію.
8. Виписати, отримати лікарські препарати з аптеки, зберігати їх у відділенні й вести облік використання.
9. Здійснити забір біологічного матеріалу для лабораторних досліджень (крові з вени, блювотних мас, промивних вод, сечі) і забезпечити відправлення матеріалу в лабораторію. Викликати лаборанта для забору крові з пальця.
10. Провести санітарно-гігієнічну обробку хворого.
11. Організувати транспортування хворого до відділення стаціонару.

12. Провести дезінфекцію, передстерилізаційне очищення і стерилізацію виробів медичного призначення відповідно до інструкцій із санітарно-протиепідемічного режиму.
13. Приготувати й проконтролювати правильне використання дезінфекційних засобів.

2.6. Порядок санітарно-гігієнічної обробки хворої дитини у приймальному відділенні

Санітарно-гігієнічну обробку хворої дитини проводять враховуючи тяжкість її захворювання у приймальному відділенні. Якщо ж дитині необхідна невідкладна допомога, то обробку роблять після її надання і поліпшення загального стану.

У супроводі дорослих хворого відправляють у санітарний пропускник, де дитину готують до приймання гігієнічної ванни. Необхідні у відділенні речі перекладають в окремий пакет, решту здають у гардероб.

Перед процедурою ванну ретельно миють та обробляють 1 % розчином хлораміну.

Миють спочатку голову дитині, потім тулуб і нижні кінцівки. Особливо ретельно слід мити місця, де накопичуються піт та виділення, що призводить до попірлостей (пахова ділянка, промежина). Якщо хворому за станом здоров'я ванна протипоказана, то відповідно до його стану призначають душ або інші гігієнічні заходи (підмивання, миття природних складок шкіри, забруднених ділянок тощо). Після кожної хворої дитини ванну миють мочалкою і обробляють дезінфекційним розчином.

2.7. Принципи огляду та обробки дитини на педикульоз

Неохайність, порушення санітарно-гігієнічних правил, перебування у місцях великої скупченості людей (вокзали і т. ін.), незадовільна організація санітарно-освітньої роботи можуть спричинити виникнення педикульозу, який передається під час безпосереднього контакту з хворим та у разі користування його одягом і предметами особистої гігієни.

Медсестра приймального відділення після оформлення госпіталізації хворого повинна оглянути волосяну частину голови дитини (у старшому віці – лобкову волосяну поверхню) на наявність педикульозу (рис. 7).



Рис. 7. Огляд дитини на наявність педикульозу

Послідовність дій при огляді дитини на педикульоз:

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

Живоспроможні дорослі воші легко визначаються по їх можливості швидко перескакувати по поверхні волосся.

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

1. Лупа легко струшується з поверхні волосини, суха гнида практично «приклеїна» до неї.
2. Лупа розміщується найчастіше ближче до кореня волосся та шкіри голови, сухі гниди розміщуються по всій довжині волосся.

3. Колір лупи – білий, сухі гниди – біло-сірого кольору, живі гниди – темно- сірі.
4. Живі гниди, як і сухі не струшуються, розміщені по всій довжині волосся.
5. При притисканні живої гниди до нігтя руки перевіряючого чути характерний тріск.

У разі наявності педикульозу згідно з технічною картою дій молодша медсестра приймального відділення проводить **санітарне оброблення пацієнта**. Дату оброблення, назву препарату фіксують у журналі інфекційних захворювань у приймальному відділенні, на зворотному боці медичної карти стаціонарного хворого.

Алгоритм обробки хворої дитини на педикульоз:

1. Обробка волосся одним з інсектицидних розчинів:
 - суспензія водно-мильна бензилбензоату 20 % (10–30 мл)
 - При педикульозі емульсію наносять на волосяну частину голови, злегка втираючи в шкіру і волосся; голову пов'язують хусточкою. Час експозиції становить 30 хв. Через 30 хвилин препарат змивають проточною водою і споліскують теплим 5 % розчином оцту. Після описаної процедури волосся миють з милом або шампунем і для видалення гнид розчісують густим гребінцем. Ефективність обробки визначають через добу, і при необхідності процедуру повторюють.
 - Дітям до 5 років препарат розводять кип'яченою водою у співвідношенні 1: 1.
 - мазь бензилбензоату 10–20 %;
 - «Нітіфор» лосьйон;
 - «Нок» крем-шампунь (1 % розчин перметрина);
 - «Педілін» емульсія або шампунь (0,5 % розчин малатиона);
 - «Пара плюс» аерозоль – комбінований препарат, який містить малатион, перметрин, піперонілу бутоксид;
 - «Рід» шампунь (0,5 % розчин малатиона);
 - «Анти-біт» шампунь (0,5 % розчин малатиона);
 - «Ітакс» пінистий лосьйон або аерозоль (3 % розчин Фенотрін);
 - «Нікс» шампунь (3 % розчин перметрин).

2. Обробка одягу:

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

Якщо була проведена обробка хворого на педикульоз, то **процедуру повторюють** через 7–10 днів.

Дату обробки, назву препарату фіксують у журналі інфекційних захворювань у приймальному відділенні, на зворотному боці медичної карти стаціонарного хворого. Виявлення педикульозу фіксують в історії хвороби, а інформацію передають в «Київський міський лабораторний центр МОЗ України».

2.8. Правила огляду та санітарної обробки дитини на коросту

Насамперед оглядають ділянки тіла, найбільш схильні до ураження: кисті рук, бокова поверхня пальців, міжпальцеві складки, нижня частина живота, внутрішня поверхня стегон, різні складки тіла. У дітей бувають і нетипові локалізації коростяного кліща.

У разі виявлення корости проводять санітарну обробку спеціальними засобами за інструкцією.

Санітарна обробка при корості:

- суспензія водно-мильна бензилбензоату 20 % (10–30 мл):
 - При лікуванні корости перед застосуванням емульсії необхідно прийняти душ. Емульсією рясно змочують марлевий або ватний тампон і втирають в шкіру; спочатку обробляють руки, потім ноги і тулуб. Руки після обробки не слід мити протягом 3 годин. Після закінчення обробки хворий надягає чисту білизну; проводиться зміна постільної білизни. Обробку роблять 1 раз на добу протягом 3-х днів. Після закінчення курсу лікування хворий приймає душ і проводить зміну білизни. При необхідності курс лікування повторюють.
- мазь бензилбензоату 10–20 %:
 - У 1-й день мазь Бензилбензоат наносять після ретельного миття з милом (перед сном) на шкіру рук, потім тулуба

і ніг, включаючи підошви і пальці. Після обробки шкіри використовують тільки чисту білизну і одяг. На 2-й і 3-й дні – перерва в лікуванні (залишки мазі не змивають з шкіри). На 4-й день – ввечері, після миття з милом втирають залишки мазі і змінюють всю білизну. Руки після обробки не миють протягом 3 годин, в подальшому руки обробляють маззю після кожного миття. У разі змивання мазі Бензилбензоат із інших ділянок шкіри їх повторно обробляють. На 5-й день мазь повністю змивають з шкіри.

- «Спрегаль» аерозоль (есдепалетрін і піперонілу бутоксид);
- «Спрей-пакс» аерозоль (екстракт піретруму і піперонілу бутоксид);
- «Ітакс» лосьйон або аерозоль (3 % розчин Фенотрину);
- «Нікс» шампунь (3 % розчин перметрина).

2.9. Невідкладна долікарська допомога при непритомності, судомному та гіпертермічному синдромах

Надання медичної допомоги дітям набагато складніше, ніж дорослим, адже в дитячому віці загроза прогресує набагато швидше, оскільки організм ще розвивається і всі процеси не такі досконалі.

Невідкладний стан у педіатрії, при якому необхідна медична допомога у прийимальному відділенні:

- Непритомність
- Судомний синдром
- Гіпертермічний синдром
- Анафілаксія
- Гострий стенозуючий ларинготрахеїт
- Напад бронхіальної астми
- Невідкладний стан при цукровому діабеті
- Отруєння невідомою речовиною.

Непритомність (синкопе) або зомління, необхідно (рис. 8):

- Покликати лікаря.
- Перевірити наявність дихання (при відсутності розпочати СЛР).
- Покласти пацієнта в горизонтальне положення та підняти ноги під кутом 30–45 град., підклавши згорток з одягу чи інший підручний матеріал.

- Забезпечити вільне дихання: розстебнути комір, пояс, зняти стискаючий одяг, провітрити приміщення.
- Збризнути обличчя, шию, груди холодною водою.
- Стискання мочок вух декілька разів (рефлекторний вплив).
- Виміряти артеріальний тиск, пульс, оксигенацію (пульсоксиметр).
- Після відновлення свідомості – заспокоїти хворого.



Рис. 8. Порядок дій при непритомності

При судомному синдромі необхідно:

1. Під голову хворого підкласти подушку та повернути набік для запобігання аспірації слини або блювотних мас; утримувати руки і ноги.
2. Звільнити дихальні шляхи від слизу за допомогою катетера, гумової трубки, пальця, обгорнутого ватою чи марлею.
3. Забезпечити вільний доступ повітря.
4. Перевіряти реакцію зіниць на світло (при істерії зіниці звужуються, при епілептичному нападі реакції на світло немає).
5. Постійний нагляд за хворим з судомами.
6. Після закінчення судом покласти пацієнта в стабільно бокове положення (рис. 9).
7. Перевірити дихання (при відсутності – розпочати серцево-легеневу реанімацію).
8. Необхідна госпіталізація.

При гіпертермічному синдромі:

- Дитину розкрити, максимально роздягнути, забезпечити доступ свіжого повітря.
- Покласти міхур з льодом (або пляшечки з холодною водою) до голови (на відстані 10–15 см), ніг, ділянки печінки, на судини шиї, пахвинну ділянку. Прохолодний ректальний душ.

- Використовувати фізичні методи охолодження: обдування вентилятором, прохолодна, волога пов'язка на лоб, розтерти шкіру тулуба, кінцівок розчином оцту (1 ст. л на 1 склянку води) за допомогою грубого рушника.
- Холод на проекцію магістральних судин.
- Парацетамол у разовій дозі 10–15 мг/кг всередину або в свічках ректально 15–20 мг/кг, або ібупрофен у разовій дозі 5–10 мг/кг (для дітей старше 1 року). (Рис. 10).
- Негайно викликати лікаря.



Рис. 9. Порядок дій при судомному синдромі

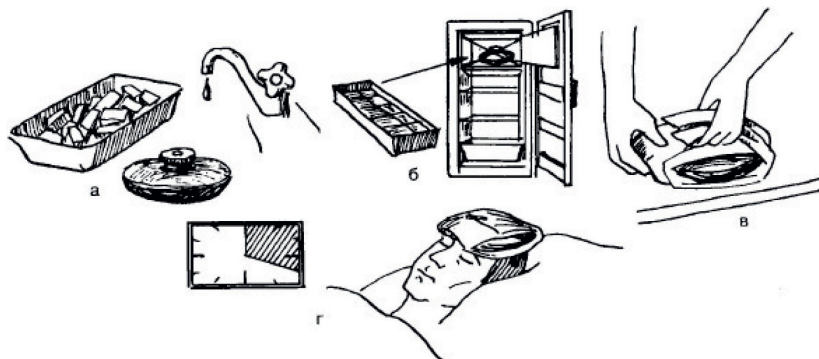
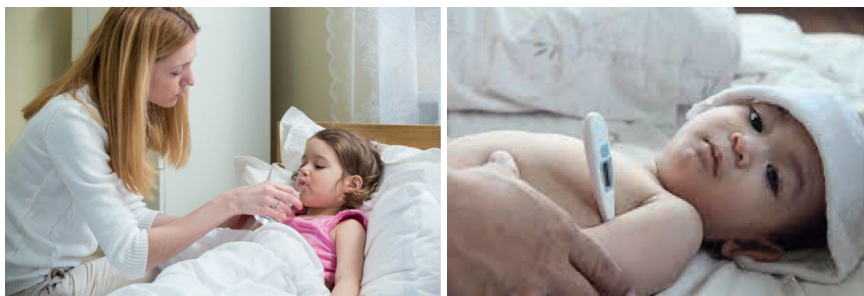


Рис. 10. Порядок дій при гіпертермічному синдромі

2.10 Невідкладна долікарська допомога при анафілаксії, синдромі крупа та нападі бронхіальної астми

При анафілаксії необхідно (рис. 11):

- Припинити контакт з алергеном та викликати лікаря.
- Епінефрин внутрішньом'язово (1 мг/мл) слід вводити в дозі 0,01 мл/кг маси тіла.
- Покласти потерпілого на спину з піднятими нижніми кінцівками, якщо він виявляє нестабільність кровообігу: перевести у позицію «сидячи», якщо він виявляє дихальну недостатність, або у рятівне положення на боці, якщо пацієнт втратив свідомість.
- Забезпечити венозний доступ.
- Інгаляція зволеним киснем.
- Стежити за тиском, пульсом, диханням та оксигенацією пацієнта з частими рівномірними інтервалами (якщо це можливо – відстежувати постійно).

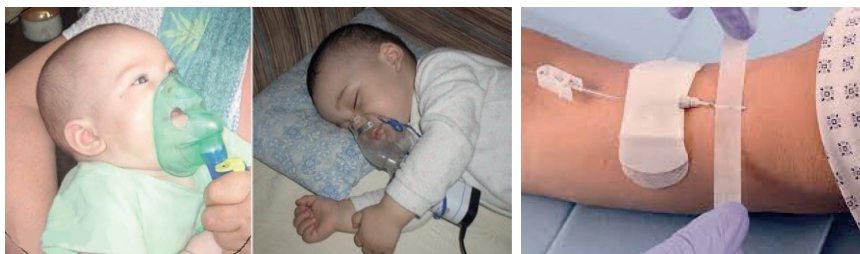


Рис. 11. Порядок дій при анафілаксії

При гострому стенозуючому ларинготрахеїті (синдромі крупа) необхідно:

- Викликати лікаря.
- Дитину заспокоїти, надати комфортне положення.
- Доступ свіжого повітря.
- Відволікаючі процедури.
- Інгаляція зволеним киснем.

При нападі бронхіальної астми необхідно:

Окрім вищезазначеного (при стенозуючому ларинготрахеїті) допомогти хворому прийняти ліки, які призначив лікар (якщо приступ не вперше), зафіксувати час, дозу і кратність та повідомити лікаря приймального відділення.

2.11. Невідкладна долікарська допомога при цукровому діабеті та отруєнні невідомою речовиною

При цукровому діабеті необхідно:

- Викликати лікаря.
- Забезпечити венозний доступ.
- Контроль рівня глюкози, пульсу, частоти дихання, вимірювання артеріального тиску.
- При відсутності свідомості та дихання розпочати СЛР.

При отруєнні невідомою речовиною необхідно:

- Покликати лікаря.
- Покласти хворого в стабільне положення при наявності дихання.
- Забезпечити венозний доступ.
- Інгаляція зволженим киснем.
- При відсутності свідомості та дихання розпочати СЛР.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Організація роботи приймального відділення <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGsmrHpncGsDcfnqDCtRmLkMnNw?projector=1>
2. Допомога при судомах: https://www.youtube.com/watch?v=_QIBqTRym6w&ab_channel=PravdaTUTLviv
3. Втрата свідомості: https://www.youtube.com/watch?v=W_Dgil2o3HI&ab_channel=Першадопомога
4. https://www.youtube.com/watch?v=UUTh_QjgfcA&ab_channel=Першадопомога
5. Сторонне тіло в дихальних шляхах: https://www.youtube.com/watch?v=gCyQjp_Pv7o&ab_channel=Першадопомога
6. Міхур з льодом: https://www.youtube.com/watch?v=VmGu5ALg1Bo&ab_channel=MrDrMaz

Контрольні питання до теми

1. Функціональні обов'язки медичної сестри приймального відділення.

2. Основні функціональні обов'язки молодшої медичної сестри.
3. Перелік медичної документації, яку заповнює медична сестра приймального відділення дитячого стаціонару.
4. Що входить в санітарну обробку дитини у приймальному відділенні?
5. Що входить до протипедикульозної укладки?
6. Перерахуйте засоби, які використовуються при обробці пацієнтів на коросту.
7. Перелічити засоби, які використовуються при обробці пацієнтів хворих на педикульоз.
8. Техніка вимірювання ваги, зросту, периметра голови дитині 5 років.
9. Техніка вимірювання ваги, зросту, периметра грудної клітки дитині 4 місяців.
10. Техніка вимірювання ваги, зросту, периметра гомілки дитині 11 років.
11. З якими невідкладними станами можуть поступати діти в приймальне відділення?
12. До лікарська допомога при судомному та гіпертермічному синдромах.
13. До лікарська допомога при анафілаксії та нападі бронхіальної астми.

Тестові завдання

1. Хто заповнює статистичну карту стаціонарного хворого?
 - А) медична сестра приймального відділення
 - Б) медична сестра відділення
 - В) завідуючий відділенням
 - Г) лікар
 - Д) лікар-статистик
2. Що з перерахованого входить до обов'язків молодшої медичної сестри лікувального відділення стаціонару?
 - А) вимірювання температури тіла
 - Б) збирання матеріалу для лабораторних досліджень

- В) роздавання ліків
 - Г) транспортування біологічних матеріалів до лабораторії
3. Які ділянки шкіри при корості не вражаються?
- А) міжпальцеві складки кистей
 - Б) згинальні поверхні променево-зап'ясткових суглобів
 - В) ділянки живота та попереку
 - Г) обличчя
4. Який основний обліковий документ для реєстрації випадку інфекційного захворювання?
- А) історія розвитку дитини (ф.112/0)
 - Б) екстрене повідомлення (ф.058/0)
 - В) профільний журнал (ф.75-а)
 - Г) журнал інфекційних хвороб (ф.060/0)
5. Головне завдання приймального відділення лікарні:
- А) організація прийому і госпіталізація хворих
 - Б) надання консультативної допомоги
 - В) санітарна обробка хворих
 - Г) огляд хворих
6. До основних функцій приймального відділення не відноситься:
- А) прийом хворих дітей і госпіталізація їх у відповідне відділення
 - Б) надання екстреної допомоги при необхідності
 - В) надання спеціалізованої медичної допомоги
 - Г) санітарна обробка хворого
7. Що враховують при санітарно-гігієнічній обробці хворих у приймальному відділенні?
- А) зростання
 - Б) вік
 - В) вага
 - Г) тяжкість стану
8. Як передається педикульоз?
- А) при безпосередньому контакті з хворим
 - Б) при використанні його білизни та одягу
 - В) з виділеннями хворого

- Г) при контакті з тваринами
 - Д) повітряно-крапельним шляхом
9. При виявленні педикульозу проводять:
- А) санітарну обробку хворого
 - Б) гігієнічну ванну
 - В) дезінфекцію посуду і предметів користування хворого
 - Г) кварцювання приміщення
10. У виникненні педикульозу не має значення:
- А) порушення санітарно-гігієнічних правил
 - Б) велике скупчення людей
 - В) часте спілкування з тваринами
 - Г) безпосередній контакт з хворим
11. Перед зважуванням дитини 6 місяців необхідно:
- А) зняти одяг
 - Б) откоригувати терези
 - В) покласти на чашу пелюшку
 - Г) все перелічене
12. Найбільш часті місця локалізації корости це:
- А) передпліччя, навколопупкова ділянка, за вухами
 - Б) кисті рук, стопи, верхня частина живота
 - В) кисті рук, нижня частина живота, внутрішня поверхня стегон
 - Г) шия, бічні поверхні тулуба, внутрішня поверхня стегон
13. При виявленні педикульозу або корости хворих госпіталізують у:
- А) відділення за профілем
 - Б) інфекційне відділення
 - В) бокси
 - Г) кабінет інфекційних захворювань
14. До медичної документації приймального відділення не відноситься:
- А) журнал прийому і відмови від госпіталізації
 - Б) карта стаціонарного хворого
 - В) журнал санітарної обробки хворих
 - Г) карта профілактичних щеплень

15. Чим дезінфікують ванну перед проведенням санітарної обробки в приймальному відділенні?
- А) порошок
 - Б) мильно-содовий розчин
 - В) 1 % хлорамін
 - Г) дезактін

Рекомендована література

Основна література:

1. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навчальний посібник /за ред. проф. І. О. Мігюряєвої-Корнійко. Київ : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.
2. Наказ МОЗ України від 31.08.2004 № 437 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і дошпитальному етапах». URL : <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ3820>
3. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0131282-12#Text>

Додаткова література:

1. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / Л.С. Савка, Л.І. Разінкова, О.І. Коцар, Л.М. Ковальчук, О.В. Кононов. 4-е видання. Київ : Видавництво «Медицина», 2018. 600 с.
2. Сестринська справа : підруч. / Н.М. Касевич, І.О. Петряшев, В.В. Сліпченко та ін.; за ред. В.І. Литвиненка. 3-є вид., випр. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2017. 816 с.
3. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2019. 392 с.



Розділ III

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ПОСТОВОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДИТЯЧОГО ВІДДІЛЕННЯ СТАЦІОНАРУ

Актуальність

Чітка робота постової медсестри – це запорука виконання різних лікарських призначень хворим дітям, яких може бути 20–30 осіб на одному посту у відділенні старшого дитинства та менше 10 у відділеннях неонатології. Невиконання чи неправильне виконання функціональних обов’язків постовою медсестрою може призвести до затримки уточнення діагнозу і патогенетичного адекватного лікування, до порушення санітарно-епідемічного режиму у відділенні, погіршення стану хворої дитини і непередбачуваних наслідків, появи скарг батьків або родичів дитини, порушення деонтологічних взаєморозумінь медичного персоналу і хворих дітей та їх рідних.

3.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
	Медична документація	Документи в паперовому або електронному вигляді, в яких міститься інформація про пацієнта

1	2	3
АТ	Артеріальний тиск	Сила, з якою кров впливає на стінки артерій, при цьому тиск у судинах на виході з серця має максимальне – систолічне та мінімальне – діастолічне значення
	Медична карта стаціонарного хворого (історія хвороби)	Головний медичний документ хворої дитини у стаціонарі, де зафіксовані паспортні дані, дані суб'єктивного, об'єктивного, лабораторно-інструментального обстеження, встановлені діагнози, щоденники спостережень, висновки консультацій спеціалістів, епікриз
	Лист призначень	Другий за значенням медичний документ хворої дитини у стаціонарі, де зафіксовані паспортні дані, палата, діагностичні та терапевтичні призначення лікарів по датах та відмітки медсестри про їх виконання
	Клізма	Діагностично- лікувальна процедура, яка проводиться для введення води чи препаратів у кишківник із застосуванням гумової груші чи спеціального приладдя
	Оксигенотерапія	Надання хворому кисню з лікувальною метою

3.2. Основні завдання постової медичної сестри дитячого відділення

Постова медична сестра виконує такі завдання:

- контролює оснащення і забезпеченість ліками на посту;
- з'ясує кількість і стан дітей у палатах;
- знайомиться з медичними картами стаціонарних хворих і листами лікарських призначень;
- контролює правильність записів у медичних журналах на посту;
- інформує лікаря про зміни стану хворих дітей;
- інформує про виконання чи затримку лікувально-діагностичних процедур, порушення режиму в палатах. Невико-

нання діагностичної процедури в певний час може призвести до запізненого обстеження хворого, затримки уточнення діагнозу і адекватного лікування, що може погіршити стан хворого;

- інформує старшу медсестру, лікаря і заввідділенням про забезпечення лікарськими засобами дітей згідно з призначеннями лікарів;
- слідкує за дотриманням дітьми та батьками правил розпорядку дня у відділенні;
- надає службові доручення молодшому медичному персоналу щодо виконання господарських і санітарно-гігієнічних маніпуляцій і робіт, робить їм зауваження;
- бере участь у службових нарадах старшої медсестри та заввідділенням, у зборах персоналу лікарні, на лекціях для медперсоналу відділення, висловлює свою думку з робочих питань;
- навчається на курсах підвищення кваліфікації та спеціалізації, бере участь у конкурсах на кращого по професії, отримує заохочення.

3.3. Класифікація функціональних обов'язків постової медичної сестри

Усі функціональні обов'язки постової медичної сестри можна розділити на кілька видів за їх специфікою.

1. Комунікативні спілкування з медичним персоналом, хворими дітьми та їх батьками.
2. Забезпечення виконання лікувально-діагностичних призначень лікарів хворим дітям і пацієнтам.
3. Виконання організаційно-виробничих завдань та ведення медичних документів на посту.
4. Дотримання вимог епідеміологічного режиму на посту і у відділенні.
5. Керівництво молодшим медперсоналом щодо виконання ним функціональних обов'язків.

3.4. Комунікація постової медсестри з медичним персоналом, хворими дітьми та їх батьками

Для з'ясування або уточнення призначень лікаря медсестрі треба спілкуватися з черговим лікарем або штатним лікарем відділення, з завідувачим відділенням, приміром, щодо заміни призначеного препарату та його дозування тощо. При необхідності і за можливості лікарський засіб може бути терміново поновлений з відома старшої медсестри відділення.

У спілкуванні з старшою медсестрою відділення з'ясовуються питання про останні вказівки керівництва лікарні щодо змін внутрішнього розпорядку, введення карантинних обмежень, додаткових розпоряджень стосовно поведінки і дій медичного персоналу у відділенні, можливості поновлення лікарських засобів на посту.

У спілкуванні з молодшим медперсоналом з'ясовуються питання про виконані і не повністю виконані обсяги роботи по прибиранню палат і рекреаційних приміщень, про наявність постільної білизни, стан приміщень загального користування, готовність до нормальної роботи їдальні.

У спілкуванні з хворими дітьми та їх батьками медсестра підписує інформовану згоду, знайомить їх з правилами поведінки у палаті, розпорядком дня, годинами прийому їжі, відвідувань для родичів і знайомих, необхідністю дотримання правил епідеміологічної безпеки, носіння масок та бахіл, переліком дозволених для передачі речей і продуктів харчування. Інформує про графік проведення лікувальних та діагностичних процедур, проводить коротку санітарно-просвітницьку роботу.

У розмовах з дітьми та їх опікунами медсестрі необхідно дотримуватись деонтологічних принципів, з розумінням спілкуватися з дітьми і батьками, враховуючи хворобливий стан дитини, тривожний і часто непередбачуваний стан батьків, наявність негативних емоцій і безпорадність опікунів, підтримувати у них оптимістичний настрій, переконувати у необхідності проведення лікування та обстеження.

3.5. Виконання лікувально-діагностичних призначень лікарів хворим дітям

Найважливішим розділом роботи постової медсестри є виконання лікувальних та діагностичних процедур хворим дітям.

Щодня у відділенні визначають палати для поступаючих хворих. Тож медсестра розміщує новоприбулого хворого у відповідній палаті, в залежності від віку, статі, характеру патології – гостра хвороба чи хронічна, без значного порушення загального стану.

Після облаштування дитини на ліжку, медсестра знайомиться з медичною картою стаціонарного хворого (історія хвороби), яку реєструє в журналі руху хворих за номером та прізвищем дитини в графі «Прибули».

Потім у листку лікарських призначень визначає, що дитині призначено для лікування і клінічного обстеження. Всі призначення лікувальних препаратів заносить до журналу лікарських призначень, де вони структуровано фіксуються в розділах «ін'єкції», «таблетовані препарати», «мікстури та суспензії», «фізіотерапевтичні процедури», «компреси та пов'язки», «краплі в ніс, вуха», інше.

Для роздачі ліків для ентерального введення медсестра має лоток, на який кладуть металеву решітку у вигляді квадратів розміром 5x5 см (всього 32 квадратних гнізда). В кожен окремий квадрат кладуть бірку з прізвищем хворого та номером палати (рис.12).

Порядок дій постової медичної сестри при роздачі пероральних ліків:

1. **Ретельно контролює термін їх придатності.**
2. **Відмічає відповідність органолептичних властивостей препаратів.**
3. **Особливу увагу приділяє концентрації діючої речовини упаковки та дозуванню за віком та тяжкістю захворювання.**
4. **Тільки після перевірки вона має право розкласти ліки в тій послідовності, у якій їх прийматиме хворий протягом доби у відповідні маркіровані мензурки.**
5. **Роздача мензурок хворим дітям відповідно до часу проводиться, як правило, після прийому їжі (за рідким винятком – до харчування).**

6. Прийом ліків проводиться **обов'язково в присутності медичної сестри.**

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

На спеціальний столик чи роздавальний піднос, поділений та маркований за палатами на посту відділення, розставляються промарковані за прізвищем хворої дитини мензурки та вказується час доби: «Р» – ранок, «Д» – день, «В» – вечір. У мензурку згідно з листком призначень кладуть таблетки, пігулки, льодяники у тій послідовності, у якій їх прийматиме хворий протягом доби. Розчини і суспензії наливають в окремі мензурки. Як правило, кожен ліки дають окремо в основному після їди. Порошки і краплі слід розводити у невеликій кількості солодкої або звичайної перевареної води, у ложці або спеціальній мензурці.

Прийом ліків відбувається **обов'язково в присутності медичної сестри.** Медсестра дає дитині мензурку з лікарським засобом та контролює прийом його через рот (per OS), наливає воду для запитання. Окремі препарати призначають за індивідуальним графіком.

Після закінчення роздачі ліків мензурки промивають під проточною водою і занурюють у дезрозчин на 30 хв, потім знову промивають, висушують і зберігають в окремому біксі.



Рис. 12. Зберігання ліків на посту медичної сестри дитячого відділення

Після виконання лікарських процедур медсестра спостерігає за станом хворих. Якщо він погіршився або відсутній очікуваний ефект, вона негайно повідомляє лікаря.

Способи зберігання лікарських засобів для орального, місцевого та ентерального лікування у педіатричному відділенні:

1. У процедурному кабінеті зберігають медикаменти для парентерального введення в шафі з позначкою «Ін'єкційні». В одне гніздо складають антибіотики, у друге – вітаміни, у третє – анальгетики тощо.
2. Так само зберігають медикаменти для ентерального застосування в окремій шафі або на окремих полицях шафи.
3. У місцях зберігання лікарських препаратів повинні витримуватися температурний і світловий режими. Настої, відвари, емульсії, сироватки, вакцини, органопрепарати, розчини, що містять глюкозу, мають зберігатися лише в холодильниках (4–8 °С).
4. Препарати з різким запахом (камфора, лізол, йодоформ) зберігають окремо, щоб їхній запах не поширювався на інші препарати.
5. Окремо зберігають вогненебезпечні речовини: спирт, ефір, а також перев'язувальний матеріал, шприци, системи, голки.
6. Спиртові та ефірні розчини, настої, екстракти зберігають у флаконах із добре притертим корком, оскільки спирт та ефір випаровуються і ліки стають більш концентрованими.
7. Мікстури зберігають до 3 діб, відвари, настої, слизи – 2 доби.
8. Стерильні розчини, виготовлені в аптеці і закупорені під обкатку, зберігають 10 діб. Стерильні розчини, закупорені під обв'язку – 3 доби.

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

З листа лікарських призначень постова медсестра записує в окремий журнал номер дієтичного столу, а вранці готує *заявку на харчоблок* на всіх дітей на посту з переліком усіх необхідних дієтстолів.

Наступним обов'язком є *реєстрація прізвища хворого і номера палати у журналах діагностичних обстежень* – для загально-

го, біохімічного аналізу крові, на рівень цукру, на кількісне визначення гормонів; аналізів сечі – загального, за Нечипоренком, за Зимницьким, бактеріологічне обстеження на стерильність; проведення рентгенологічного дослідження, УЗД обстеження, ЕКГ, РЕГ, МРТ, ФГДС, КТ та ін.

В обов'язок медсестри входить *інформування і короткий інструктаж хворої дитини (її батьків) про підготовку до обстеження*, наприклад, всі аналізи крові проводять до сніданку, натще; перед збиранням сечі дитину треба підмити. Молодшому персоналу постова медсестра дає завдання приготувати посуд для збору сечі – ретельно помити необхідну кількість скляних баночок, підписати їх і вказати – дату, відділення, який аналіз, прізвище дитини. Цей посуд повинен знаходитися на тумбочці біля ліжка хворого.

Для підготовки до УЗД-обстеження хворому забезпечують легку вечерю без житнього хліба і бобових.

Для ФГДС необхідно зранку не вживати їжу. Для колоноскопії потрібна спеціальна підготовка, зокрема очищення кишківника.

Для *бактеріологічного дослідження вмісту слизової оболонки ротоглотки* та носа взяття мазка проводиться вранці після сну до вмивання та чищення зубів (див.відеоматеріали).

Один раз на тиждень діти підлягають *консультативному огляду лікаря отоларинголога*, для чого необхідно мати на посту стерильні шпатель, настільну лампу і список дітей в журналі консультацій. Консультації інших лікарів-спеціалістів також реєструються в цьому журналі.

Постова медсестра вранці повинна розбудити дітей і з допомогою молодшого медперсоналу організувати виконання призначених діагностичних процедур. При необхідності діти направляються в лабораторію чи кабінет обстеження в супроводі дорослих – молодшого медперсоналу чи батьків.

Після проведення аналізів та обстежень медсестра *отримує результат обстеження на паперовому носії та фіксує його в медичній карті* стаціонарного хворого, а у відповідному журналі ставить відмітку «виконано».

Постова медсестра слідкує за дотриманням спокою і тиші в палатах, контролює положення вікон і дверей – чи вони закриті, чи всі діти вкриті ковдрами, чи всі заснули.

Уранці і ввечері медична сестра проводить *термометрію* усім хворим і результати реєструє в температурних листах (див. відеоматеріали). При наявності хворих з лихоманкою, записує їх в окремий журнал, вранці доповідає про них лікарю чи заввідділенням.

У відділеннях для дітей неонатального та грудного віку *кожного дня проводять зважування дітей і реєстрацію показників*, а також неінвазійний тестовий *контроль транскутанної білірубінометрії* (див. відеоматеріали).

Кожного ранку відбувається зміна персоналу. Перед закінченням чергування постова медсестра підраховує кількість дітей, які прибули, які вибули (виписані) і скільки в наявності; кількість дієтичних столів і відправляє цей звіт черговому лікарю і на харчоблок. Проводить ревізію наявних лікарських засобів, приладів, інструментів, шприців, співставляє ці дані з кількістю хворих і робить заявку в журналі «Аптека» для їх поповнення з кабінету старшої медсестри. Заступаючий на чергування медсестрі окремо надається інформація про тяжкохворих та лихоманкових хворих.

3.6. Навички медичної сестри по введенню ліків дитині через рот

Ентеральний шлях застосування препаратів – найбільш поширений, простий і зручний метод в педіатрії, хоча має деякі недоліки, а саме:

- неповне всмоктування ліків у травному каналі;
- часткове руйнування їх травними ферментами;
- інактивація в печінці, що не дає змогу точно визначити концентрацію лікувального препарату в крові.

Ліки для внутрішнього вживання випускають як у твердому (порошки, таблетки, пілюлі, облатки), так і в рідкому (краплі, мікстури, настої, відвари) вигляді.

Медична сестра повинна знати, як приймати ліки:

- скільки разів на день;
- перед їдою, після їди чи під час їди;
- в яких дозах тощо.

Так, проносні і глистогінні препарати приймають натще або за 1–3 год до їди. Ліки, які посилюють апетит, – перед їдою. Під час їди, або відразу після, приймають засоби, які сприяють травленню. Деякі ліки (протизапальні, аналгетики, антибіотики та ін.) викликають подразнення слизової оболонки шлунка, тому їх приймають після їди. Ліки, які не подразнюють слизову оболонку шлунка і кишок, можна приймати у будь-який час. Снодійні приймають за 0,5 год або за 1 год до сну.

Не треба давати ліки дітям у руки і дозволяти приймати їх за відсутності дорослих.

Щоб не псувалися зуби, після прийому ліків, що містять кислоти або препарати заліза, треба прополоскати рот перевареною водою.

Дітям грудного віку призначену дозу рідких ліків краще давати не разом, а частинами. Дітям до 1 року не призначають ліки у вигляді таблеток, облаток чи пілюль. Рідкі ліки і порошки їм дають з ложки. Медсестра натискує двома пальцями на щоки, щоб відкрити рота дитині, і обережно вливає ліки. Для поліпшення смаку до порошка додають глюкозу чи цукрову пудру або дають запити солодким чаєм.

Краплі відміряють піпеткою або просто капають з пляшечки, в якій є крапельниця, в мензурку чи склянку, доливають трохи перевареної води і дають випити. Перед вживанням мікстуру, у якій є нерозчинний осад, збовтують і дають випити з ложки.

Чайна ложка вміщує 5 г ліків, десертна – 10 г і столова – 15 г.
Для розливання мікстур краще користуватися спеціальними градуйованими мензурками з поділками – 5–10 – 15–20.

Порошки висипають на язик, ближче до кореня, де менше чутливих смакових рецепторів, і запивають водою або розводять в невеликій кількості солодкого чаю і дають з ложки або мензурки.

Таблетки, облатки і пілюлі кладуть на язик і проковтують разом з водою. Для послаблення смаку рицинової олії її старанно

розмішують і запивають кавою, чаєм або мінеральною водою. Дітям призначають її у желатинових капсулах по 1–2 г в кожній.

Деякі лікувальні препарати (уролесан, ін.) всмоктуються слизовою оболонкою порожнини рота. Найчастіше сублінгвально застосовують серцеві препарати (2–3 краплі 1 % розчину нітрогліцерину, 5–6 крапель розчину валідолу наносять на шматочок цукру, який хворий кладе під язик до повного розсмоктування). Багате кровопостачання слизової оболонки рота забезпечує швидке (через 1–2 хв) і повне всмоктування ліків у кров, обминаючи печінку й уникаючи руйнівної дії травних ферментів.

Окремі лікувальні препарати вводять **через пряму кишку (ректально)**. Всмоктуючись у кров через гемороїдальні вени (обминаючи печінку), вони діють на весь організм. Проте лікувальні препарати білкової, жирової і полісахаридної природи через відсутність ферментів у прямій кишці не можуть пройти через її стінку і діють тільки місцеве.

У пряму кишку вводять *свічки та лікувальні клізми*. Свічки мають форму циліндра з конусоподібним кінцем. Аптека випускає свічки загорнутими у вощений папір. Для введення у відхідник свічки, дитину *укладають на лівий бік з напівігнутими ногами* і злегка фіксують у такому положенні. Перед введенням свічки її конусовидний кінець звільнюють від паперу і двома пальцями вставляють у задній прохід, потім свічку швидко витискають з обгортки і одним пальцем проштовхують за сфінктер. **Перед введенням свічки необхідно поставити очисну клізму.**

Іноді ліки вводять безпосередньо у шлунок чи дванадцятипалу кишку *за допомогою зонда*.

3.7. Зовнішнє застосування дітям лікарських речовин

Наносять лікарські речовини ретельно вимитими руками *на чисту шкіру чистим інструментом*. Стерильним шпателем намазують мазь на стерильну серветку і щільно прикладають до ураженої ділянки шкіри. Поверх серветки кладуть невеликий шар вати та підбинтовують.

Для глибокого проникнення в тканини *необхідно втирати мазь* у чисто вимиту суху шкіру. На долоню кладуть необхідну кількість мазі і втирають протягом 30–40 хв. Для розтирання – теплу лікарську речовину наливають на долоню і втирають у шкіру поки долоня не стане сухою, а шкіра почервоніє. ***Протипоказано робити втирання дітям з ураженнями шкіри (підермія, екзема, дерматити).***

Інгаляція – метод введення лікарських речовин через дихальні шляхи. Вдихати можна дрібнодисперсні речовини (аерозолі), гази (кисень, вуглекислота та ін.). Для їх утворення застосовують інгалятори. Під час інгаляції хвора дитина повинна спокійно та глибоко дихати.

У ніс лікарські речовини вводять краплями.

Ніс дитини очищають від слизу та кірок. Дитину кладуть горизонтально, помічник її утримує, набирають у піпетку лікарський розчин і потім, не торкаючись піпеткою носа, вводять 2–3 краплі в одну ніздрю і зразу повертають голову дитини у бік цієї половини носа. Через 1–2 хвилини таку ж кількість розчину вводять у другу половину носа.

При введенні ***ліків в кон'юнктивальний мішок***, особливо новонародженим та дітям раннього віку, необхідно дотримуватись правил асептики. Піпетка перед вживанням повинна бути чистою, прокип'яченою. При набиранні лікарського розчину треба слідкувати, щоб розчин не потрапив в еластичний балончик піпетки.

Закапують ліки в очі з допомогою помічника, котрий утримує дитину в лежачому стані, фіксуючи її голову, ноги та руки. Великим пальцем лівої руки медична сестра відтягує нижню повіку вниз, а правою впускає в кон'юнктивальний мішок, ближче до носа, 1–2 краплі розчину, залишки витирає стерильним ватним тампоном (***на кожне око окремий тампон!***).

При запальних захворюваннях кон'юнктиви очного яблука змазують лікувальними мазями, які вводять в око спеціальними лопаточками. При закапуванні чи закладанні мазі нижнє віко медсестра відтягує вниз великим пальцем. Завдяки рухам очних яблук мазь рівномірно розходить по слизовій оболонці.

Введення крапель у вухо

Слуховий прохід очищають від сірки, кірок, виділень. Краплі підігрівають до температури тіла. Дитину кладуть на бік, лівою рукою відтягують вушну раковину назад і вгору, а правою з піпетки обережно закачують ліки в слуховий прохід, щоб краплі потрапляли на стінку слухового проходу і по ній стікали до барабанної перетинки. Дитина повинна лежати на цьому боці 10–20 хвилин. Якщо ліки треба закапати в обидва вуха, то це роблять не одночасно. Після процедури, за призначенням лікаря, роблять зігріваючий компрес.

З метою профілактики захворювань вух у дітей, особливо у ранньому віці, необхідно дотримуватись правил щоденного догляду:

- протирати вушні завитки та шкіру за вухами вологими серветками. Звертаємо увагу на те, що у новонароджених вуха притиснуті щільно до голови, тому їх потрібно обережно відігнути та обробляти;
- якщо за вухами виявлені гнійнички, то потрібно їх обробити антисептичним розчином або тирозур-гелем;
- при очищенні вуха від сірки та забруднень категорично заборонено застосовувати ватку, намотану на сірник або вушні палички без обмежувачів! – вони можуть пошкодити барабанну перетинку,
- можна використовувати **ватяні палички з обмежувачами** або спеціальний натуральний спрей Ваксол, який містить 100 % фармацевтичну оливкову олію.

Спрей Ваксол розроблений для природного пом'якшення та видалення вушної сірки та сірчаних пробок. Зменшує потребу вимивання сірчаних пробок за допомогою шприца або полегшує цю процедуру, якщо вона необхідна.

Для найбільшої ефективності необхідно зігріти флакон у долонях та збовтати його перед застосуванням. Використовувати 1 або 2 рази на тиждень для запобігання утворенню сірчаних пробок та сприяння процесу самоочищення. За наявності сірчаної пробки необхідно використовувати 1–2 дози спрею двічі на добу протягом 4–5 днів. Корок зруйнується і виділиться самостійно.

Крім того, спрей Ваксол можна рекомендувати для захисту вух від води під час купання у басейні чи відкритих водоймах.

3.8. Техніка постановки компресів та гірчичників

Компреси – лікувальні багаточарові пов'язки – поділяються на сухі і вологі, а останні можуть бути холодними, зігрівальними та гарячими.

Холодний компрес спричиняє місцеве охолодження тканин, зменшення кровоносних судин, зменшує кровопостачання і біль, тому прикладається на місце забиття, травм чи опіків у перші години, укусів комах, на перенісся при носовій кровотечі тощо.

Зігрівальний компрес (теплова процедура) справляє тривалий лікувальний вплив на шкіру і підлеглі тканини. Тепло спричиняє приплив крові, що сприяє розсмоктуванню запального процесу, зменшенню венозного застою, спазму і болю. Застосовують при найрізноманітніших гострих та хронічних запальних процесах на шкірі, підшкірній основі, суглобах, плеврі, молочній залозі, середньому вусі; при забитті (через 1 добу після травми), при утворенні інфільтратів після ін'єкцій тощо.

Гарячий компрес розширює кровоносні судини, інтенсивно посилює кровообіг, знімає спазм судин, має виражену розсмоктувальну та знеболюючу дію. Застосовують при головному болю внаслідок спазму судин (на комірцеву зону шиї), при колапсі (до кінцівок), при бронхіальній астмі (на грудну клітку), при болю в суглобах, м'язах (на уражене місце).

Протипоказання для компресів: гнійничкові захворювання шкіри (фурункул, карбункул та ін.), алергічні висипання та пошкодження шкіри, висока чи низька температура тіла, захворювання крові та онкопатологія.

Гірчичники застосовують останнім часом досить рідко при гострих та хронічних захворюваннях органів дихання, оскільки можуть провокувати обструктивний синдром чи алергізацію.

Їх прикладатють за призначенням лікаря на грудну клітку (рис. 13), за винятком ділянки серця), на ділянку трахеї, міжлопаткову зону

спини, а також на потилицю, до литкових м'язів. Старшим дітям гірчичники прикладають до шкіри стороною, на якій є гірчиця, а дітям раннього віку – через шар марлі чи тонку пелюшку. Поверх гірчичників кладуть рушник або пелюшку, і тримають їх у середньому від 3–8 до 10 хвилин. Після зняття гірчичників м'яким вологим рушником змивають залишки гірчиці, витирають насухо і змащують почервонілу шкіру вазеліном. Якщо немає гірчичників фабричного виробництва, їх можна приготувати таким способом: чайну ложку сухої гірчиці змішують з такою ж кількістю пшеничного або картопляного борошна: в цю суміш повільно вливають теплу воду (до 40° С) і перемішують до сметаноподібної маси. Її намазують на серветку чи кусочок тканини і прикладають до тіла дитини.

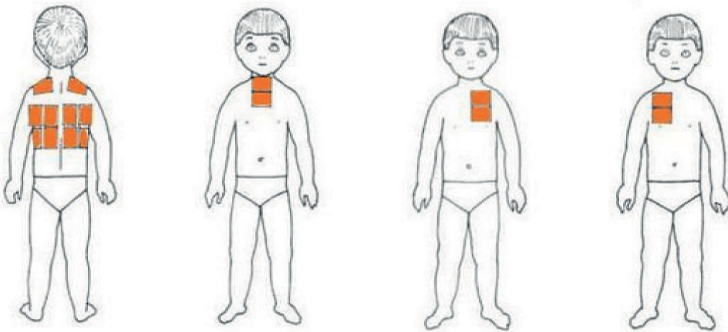


Рис. 13. Місця накладання гірчичників на тілі дитини

Техніка застосування холодних компресів

Марлю або шматок чистого полотна складають у кілька разів, змочують холодною водою, відтискують і накладають на хвору ділянку. Компрес швидко нагрівається, тому частіше користуються двома компресами: один накладають хворому, а другий охолоджують у воді, куди кладуть лід. Після накладання компреса зверху можна покласти міхур з льодом або снігом. Тривалість процедури 50–60 хв.

Примочка – різновид холодного компресу (рис. 14). Марлю або полотно, складене у кілька разів, змочують лікувальним розчином (настій ромашки, вода з оцтом – 1 столова ложка на склянку холодної води та ін.).



Рис. 14. Накладання примочок

Техніка виконання зігрівальних та гарячих компресів

Зігрівальний компрес складається з трьох шарів і закріплюючої пов'язки. Нижній шар – складені 6–8 разів марля або полотно, змочені водою кімнатної температури (водний компрес). Їх розміри повинні бути трохи більші від розмірів ділянки шкіри, на яку накладається компрес. Другий шар – це вощений папір або клейонка з усіх боків на 2 см більше від нижнього шару. Третій шар – біла або сіра вата, яку рівномірно накладають на клейонку, щоб вона на 2 см виступала за її межі. Зверху компрес закріплюють пов'язкою. Через 2 години перевіряють правильність накладання компресу, акуратно просунувши вказівний палець під нижній шар: якщо він теплий і вологий, значить, компрес накладено правильно. Компрес тримають 8–10 год. Потім шкіру обтирають теплою водою, висушують м'яким рушником і накладають суху теплу пов'язку. Якщо шкіра почервоніла, і з'явилося свербіння, її змащують борним вазеліном. Накладати компрес повторно можна лише через 1 год. Для запобігання мацерації, шкіру попередньо протирають 45 % розчином етилового спирту або одеколоном і насухо витирають.

Іноді компрес роблять з 50 % спирту (напівспиртовий компрес). Його дія сильніша, оскільки відбувається подразнення тканин. Напівспиртові компреси швидше висихають, тому їх знімають через 4–6 годин.

Є цілий ряд лікувальних компресів, при яких марлю змочують, за призначенням лікаря, протизапальними мазями, камфорною або іншою рослинною олією. Перед накладанням лікувального компресу шкіру змащують дитячим кремом.

На сьогоднішній день найчастіше використовують **зігріваючі сухі компреси** (рис.15). Він складається лише з двох шарів марлі та вати. Змінювати такий компрес треба через 6 годин або навіть частіше.



Рис.15. Методика накладання сухого компресу на вухо дитині

3.9. Алгоритм підготовки медсестри до проведення дітям ін'єкцій

Згідно з призначеннями лікаря медсестра готує лікарський засіб для парентерального введення – в/м, п/ш, в/в відповідно до алгоритму дій.

- Для проведення однієї ін'єкції необхідно приготувати: стерильний лоток, одноразовий шприц, препарат для введення, флакон з 70–96 % спиртом, та **мінімум 6–7 стерильних ватних тампонів**.
- Перед тим як вимити руки медсестра повинна загорнути рукава халата, залишаючи відкритими 1/2–1/3 передпліччя.
- Далі **обробити 1-м ватним тампоном**, змоченим 70–96 % спиртом, пальці та долоню в напрямку від нігтьових фаланг пальців до кистей рук.

- **2-м ватним тампоном**, змоченим 70–96 % спиртом, обробити окремо вільні краї нігтьових пластин і нігтьові ложа, де можливі подряпини,
- Надіти стерильні одноразові рукавички.
- Перевірити термін придатності та герметичність упаковки шприца з голкою.
- Упаковку відкривають зі сторони ручки поршня, голку з'єднують зі шприцом, не знімаючи ковпачка.

Забороняється торкатись до голок – це порушить стерильність.

- Зібрати шприц та перевірити прохідність голки.
- Перед відкриттям ампули чи флакона треба уважно прочитати назву препарату, дозу і/або концентрацію, звернути увагу на цілісність ампули/флакона, термін придатності, відповідність вмісту (колір, прозорість, осад).
- Ампулу (кришку флакона) обробляють **3-м стерильним ватним тампоном**, змоченим у спирті, і відкривають, натискаючи на місці позначки.
- **Якщо препарат у флаконі потребує розведення**, треба підготувати 2 шприці та 3 голки:
- 1-у голку вводять у гумову кришку та накривають її **4-м ватним тампоном зі спиртом**;
- 2-ю голкою зі шприцем набирають розчин для розведення;
- Знімають 2-у голку та вставляють шприц з розчином для розведення у муфту 1-ї голки, що вставлена у кришку флакона.
- Вводять розчин та збовтують флакон до повного розчинення препарату.
- Набирають з флакона у 2-й одноразовий шприц розведений препарат, у кількості трохи більшій за призначену, та надівають на готовий шприц 3-ю стерильну голку для введення хворому.
- Повернути шприц вертикально, вгору голкою, рухом поршня витиснути повітря, щоб краплі вмісту з'явилися над зрізом голки; в циліндрі шприца повинна залишитися призначена лікарем доза.

- Голку прикрити ковпачком, шприц готовий до ін'єкції.
- Скласти стерильний лоток, в якому для однієї ін'єкції має бути: підготовлений шприц та *мінімум 3 ватних тампони, змочені спиртом*.
- Нести шприц до хворого необхідно в стерильному лотку, накритому стерильною серветкою.

3.10. Вимірювання температури тіла хворим дітям різного віку

Максимальна температура тіла, яку витримує людина, – 42–43° С, мінімальна – 28° С, при температурі тіла нижчій за 28° С людина не може жити.

Температура тіла здорової людини коливається протягом дня в межах 36,4 – 36,9° С, зранку вона на 0,3–0,5 ° С нижча, ніж увечері. Після їжі та посиленої фізичної роботи вона також незначно підвищується. Слід мати на увазі, що *у грудних дітей* температура тіла трохи вища, *у дітей старшого віку* – дещо нижча.

Хворим у лікарні температуру тіла вимірюють 2 рази на добу: зранку натще, о 7.00 – 7.30 та о 16.30 – 17.00 до вечері. Іноді, за призначенням лікаря, окремим хворим температуру тіла вимірюють 3–4 рази на день, або кожні 2 год, щоб виявити її короткочасні коливання.

Різні ділянки тіла мають різну температуру: у порожнині рота, прямій кишці, піхві температура на 0,5–1° С вища, ніж у пахвинній ямці чи паховій складці.

Температуру тіла *найчастіше вимірюють у глибині пахвинної западини*. Перед використанням термометр, який зберігався в дезінфікуючому розчині, споліскують під проточною водою і витирають насухо. Щоразу перед вимірюванням температури термометр кілька разів струшують, щоб уся ртуть опустилася в резервуар.

Електронні термометри протирають спиртом та підключають.

У положенні сидячи або лежачи хворий піднімає руку. Якщо шкіра під пахвами волога, її витирають рушником, оскільки

вологість охолоджує, і показники термометра будуть дещо нижчими. У глибину западини поміщають кінець термометра. Після цього хворий притуляє зігнуту в ліктьовому суглобі руку до тіла (рис.16).



Рис.16. Застосування різних термометрів для вимірювання температури у дітей у пахвинній ділянці

Ослабленим хворим треба допомагати підняти руку і підтримувати її в потрібному положенні.

Ртутний термометр тримають під паховою 10 хв, електроний подає сигнали. Показники заносять у температурний листок, а термометр дезінфікують.

У дітей температуру тіла можна **вимірювати у паховій складці**. Термометр поміщають у пахову складку, ногу дитини дещо згинають у кульшовому суглобі, щоб термометр заховався в утвореній складці шкіри.

Щоб виміряти температуру **в ротовій порожнині** (рис. 17), резервуар термометра розміщують під язиком, а хворий губами притримує корпус термометра. Існують спеціальні пристрої (рис. 17), для аурікулярного вимірювання температури тіла у дітей.

При вимірюванні температури **в прямій кишці** (рис. 17), хворого вкладають на бік. Змащений вазеліном термометр вводять за внутрішній сфінктер на глибину 2–3 см. Сідниці хворого зближують між собою та тримають термометр 5 хв. Не можна вимірювати температуру в прямій кишці при затримці випорожнень, проносах та захворюваннях прямої кишки. Після кожного вимірювання термометр промивають теплою водою і дезінфікують.



Рис. 17. Різні методи вимірювання температури тіла у дитини

3.11. Правила виконання процедур газовідведення, постановки клізм та оксигенотерапії

Клізми є очисними, сифонними, олійними, гіпертонічними, лікувальними.

Очисна клізма призначається при закрепах для очищення кишечника від калу і газів, при отруєннях, під час підготовки до операції, до рентгенівських досліджень і перед застосуванням глистогінної терапії. Не можна ставити очисні клізми дітям, у яких виявлено запальні, виразкові та гнійні процеси в ділянці вихідника і товстому кишечнику, а також при шлунково-кишкових кровотечах, апендициті, перитоніті, після операцій на органах черевної порожнини, при колапсі та деяких інших тяжких станах.

Залежно від віку дитини для очисних клізм використовують гумові грушоподібні балони різної місткості – від 30 до 100 мл і більші. Дітям 5–6 років і старше очисні клізми роблять за допомогою кухля Есмарха.

Усі предмети для очисної клізми кип'ятять. У кишечник дітей раннього віку вводять переварену воду температури 28–30° С, старших – 25–30° С. При спастичних закрепах беруть воду 37–38° С, при анатомічних – 22–24° С і навіть 20° С.

На одну клізму, залежно від віку, потрібна різна кількість води:

- новонародженим – 30 мл;
- 1–3 міс – 60 мл;
- 3–6 міс – 90 мл;
- 6–9 міс – 120–150 мл;
- 9–12 міс – 180 мл;
- 1–2 роки – 200 мл;

- 2–5 років – 300 мл;
- 6–9 років – 400 мл;
- 10–14 років – 500 мл.

Наповнюють балон водою, наконечник змазують вазеліном або вазеліновим маслом, потім, повернувши балон наконечником угору, обережним натисканням на дно випускають повітря до появи води.

Дитину кладуть на лівий бік із зігнутими в колінах і притисненими до тулуба ногами. Наконечник гумового балону вводять у вихідник на 3–5 см залежно від віку, плавно витискають рідину у порожнину прямої кишки. Протягом 8–10 хвилин утримують сідниці стуленими, щоб рідина не вилилась. Пелюшку, котра добре вбирає рідину, закладають між ноги і відпускають сідниці, щоб дитина випорожнилась. Діти грудного віку можуть лежати на спині з піднятими ногами. Після введення рідини стискають сідниці на 3–5 хвилин, потім відпускають і прикривають ділянку ануса пелюшкою. Малят віком понад 9–10 місяців можна посадити на горщик.

Гіпертонічну клізму призначають для боротьби з парезом кишечника. У пряму кишку, залежно від віку, вводять 25–100 мл 10 % розчину кухонної солі.

При тривалих закрепах застосовують **олійні клізми**. Наконечник невеликого балончика вводять на глибину 10–12 см і втискають у пряму кишку від 30 до 100 мл якої-небудь олії (прованської, лляної, конопляної, соняшникової), підігрітої до 37–38° С. Після клізми дитину викладають на живіт, підклавши заздалегідь клейонку.

Сифонну клізму застосовують при спастичних кольках для промивання кишечника дезінфікуючими і в'язучими розчинами, іноді вона сприяє усуненню завороту кишок, а також з діагностичною метою при кишковій непрохідності. Перед сифонною треба поставити очисну клізму.

Для сифонної клізми треба мати: лійку об'ємом 500 мл, гумову трубку довжиною 1–1,5 м з наконечником, глечик на 3–5 л з теплою первареною водою (35–36° С), клейонку, таз чи відро для промивних вод.

Методика проведення сифонної клізми: хворого кладуть на бік із зігнутими ногами, під сідниці стелять клейонку так, щоб другий

кінець її доходив до відра або зливного тазка. Змащений вазеліном гнучкий наконечник обережними обертовими рухами вводять на глибину 20–40 см у товсту кишку. Заповнену водою лійку піднімають на висоту 60–80 см над хворим, потім опускають її вниз і виливають промивні води у відро або таз. Маніпуляцію повторюють 8–10 разів поки з кишечника не буде вилитися чиста вода. На клізму потрібно 3–5 л води, іноді й більше. Після проведення процедури гумовий наконечник залишають у товстій кишці на 15–30 хв замість газовідвідної трубки.

Слід стежити за станом дитини. При сильному болю в животі, погіршені стану, появі крові в промивних водах процедуру негайно припиняють.

Лікувальні клізми – застосовують для введення в пряму кишку лікарських речовин. Проводять відразу після довільного очищення кишечника, або через 10–15 хв після очисної клізми. Об'єм лікарських клізм залежить від віку дитини:

- до 5 років – 20–25мл;
- 5–10 років – до 50 мл;
- старше 10 років – 50–75 мл

Наконечник клізми вводять на глибину 10–12 см.

У вигляді лікарських клізм вводять: 0,5 % розчин таніну; відвар ромашки (15 г квітів ромашки кип'ячать 2 хв в 250 мл води і охолоджують до 40–41° С), олія шипшини, обліпихи та ін. Для зменшення перистальтики кишечника часто роблять крохмальні клізми (5 г крохмалю розбовтують в 100 мл теплої води і доливають 100 мл кип'ятку, а потім остуджують до 40–42° С).

Газовідведення у дітей проводиться при накопиченні газів у товстому і тонкому кишечнику. Метеоризм викликає різкий біль у животі, посилює секреторну і моторну функції шлунково-кишкового тракту, обмежує екскурсію діафрагми і тим самим утруднює дихання.

Перед процедурою бажано поставити очисну клізму.

Для відведення газів користуються газовідвідною трубкою різної довжини: для школярів 30–50 см, дошкільнят і дітей раннього віку – 15–30 см. Закруглений кінець трубки змазують вазеліном і

обережними обертовими рухами вводять у пряму кишку якомога глибше, до сигмовидної кишки:

- грудним дітям на глибину 7–8 см;
- від 1 до 3 років – на 8–10 см;
- від 3 до 7 років – на 10–15 см;
- школярам – на 20–30 см і більше.

За показаннями постова медична сестра повинна забезпечити хворій дитині **оксигенотерапію**, тобто подачу кисню. Постачання кисню може бути централізоване і методом кисневої подушки. Хворому до обличчя рот-ніс прикладають маску з гнучкою трубкою, а другий кінець трубки під'єднують до системи чи концентратора. Кисень з системи і концентратора проходить через закритий флакон з дистильованою водою.

Якщо кисень поступає з кисневої подушки, на кінець мундштука прикріплюють двошарову марлеву серветку, зволожену водою. Зазвичай концентрація кисню повинна становити 40 % від загального об'єму, що легко регулюється краном на флаконі з водою. З подушки кисень подається помірним стисканням самої подушки. Для контролю стану насичення крові киснем обов'язкова наявність пульсоксиметра, який дозволяє підтримувати оксигенецію крові на рівні 97–98 %, що вважається нормальним показником.

3.12. Техніка зондування та катетеризації у дитячому віці

Харчування дітей через зонд (рис.18) використовується у недоношених та дітей різного віку, які знаходяться у вкрай тяжкому стані та при відсутності ковтального рефлексу. Для проведення процедури необхідно підготувати зонд діаметром відповідно до віку дитини, лійку, затискач.

Довжина, на яку треба ввести зонд, розраховується таким способом:

- при введенні зонда через ніс вимірюється відстань від перебісся до одного із кутів рота і потім до мечовидного відростка;
- при введенні зонда через рот відстань визначається від кута рота до мечовидного відростка і робиться відмітка на зонді.



Рис. 18. Використання назогастрального зонда для харчування тяжкохворих дітей

Вся система повинна бути стерильною і використовуватись виключно для харчування. На вільний кінець зонда одягають лійку. Зонд через лійку заповнюється молоком, щоб витіснити з нього повітря та перевірити прохідність. Потім на зонд нижче лійки накладається затискач, і зонд вводиться в шлунок до мітки. Якщо після введення зонда дитина залишається спокійною, не кашляє, не синіє – можна зняти затискач. До і після харчування через зонд дитині дають кисень протягом 10–15 хв. Для харчування можуть використовуватись гумові або поліетиленові катетери і тоді необхідний об'єм їжі вводять в шлунок шприцем.

Промивання шлунка проводиться при гострому отруєнні, захворюваннях органів травлення з накопиченням у шлунку недоброякісної їжі, слизу та ін. Промивні води збирають і відправляють в лабораторію. Промивають шлунок за допомогою товстого зонда та без нього. Беззондовий спосіб використовується для дітей дошкільного і шкільного віку. Діти випивають велику кількість води, поки не з'явиться блювання, процедура повторюється до отримання чистих промивних вод.

Дітям молодшого віку промивання шлунка проводиться тільки за допомогою зонда і ґрунтується на принципі сполучених посудин.

Зондове промивання шлунка (*Протокол медичної сестри (фельдшера, акушерки) з виконання зондових процедур згідно з наказом МОЗ України № 460 від 01.06.2013*).

В залежності від мети і віку дитини використовують зонди різного діаметра і довжини. Дітям перших трьох місяців зондування проводять катетером для виведення сечі. Для дітей першого півріччя можна використовувати зонд товщиною 0,5 см, дітям 1 року і старше – 1 см.

Щоб визначити, на яку глибину треба ввести зонд, вимірюють відстань від різців до пупа та додають ширину 3–4 зімкнутих пальців руки і роблять відмітку на зонді.

Необхідно підготувати зонд, на сліпому кінці якого є два бокових отвори. За допомогою скляного перехідника зонд з'єднується з гумовою трубкою довжиною приблизно 70 см. Необхідні також роторозширювач, скляна лійка, таз для промивних вод, відро з чистою водою, клейончастий фартух, гумові рукавички. Помічник одягає клейончатий фартух, сідає і фіксує ноги дитини між своїми ногами. Однією рукою він утримує руки і тулуб пацієнта, притиснувши його до себе, другою рукою тримає голову.

Якщо дитина не відкриває рота, великим і середнім пальцями натискають на обидві щоки. Швидко вводять роторозширювач або обгорнутий марлею шпатель і розкривають рота. Прокип'ячений, теплий і вологий зонд, кінець якого змазують вазеліновою олією або змочують водою, вводять у рот і просувають за корінь язика до задньої стінки глотки. Потім хворий робить ковтальний рух, і зонд просувають у стравохід, а потім у шлунок. При цьому хворий повинен рівно і глибоко дихати.

На вільний кінець зонда надівають велику скляну лійку і опускають нижче колін хворого. В лійку наливають близько 500 мл води (22–24° С), потім поступово піднімають догори, на 25 см вище рота, поки майже вся рідина не надійде в шлунок. Коли в лійці залишається мало води, її швидко опускають нижче колін

хворого. Рідина із шлунка надходить у лійку. При наповненні лійку перевертають і виливають промивні води в таз. При значному накопиченні слизу в шлунку рекомендують промивання теплим солянолужним розчином (1 ст. л соди і 1 ст. л кухонної солі на 3 л води). Можна промивати мінеральними водами: Моршинська, Лужанська та ін. При отруєннях для нейтралізації отрути під час промивання у шлунок вводять антидот.

Промивають шлунок дитини, доки промивні води стануть чистими. Стежте, аби кількість введеної та виведеної рідини була приблизно однаковою. Негайно припиніть процедуру, якщо у дитини виникає сильний біль у животі, погіршується загальний стан, з'являється кров у промивних водах.

Примітка. Для кращої фіксації дитину молодшого віку можна загорнути в пелюшку чи простирадло. За показаннями промивати шлунок можна в лежачому положенні на боці.

Дуоденальне зондування (рис. 19) в сучасних умовах проводять рідко з метою одержання вмісту жовчного міхура і жовчних ходів. За день до зондування виключаються продукти з великим вмістом клітковини (овочі, фрукти). Напередодні на вечерю хворий випиває 200 мл морквяного соку або чаю з медом. Для проведення процедури необхідно підготувати дуоденальний зонд з металевою оливою на кінці, шприц об'ємом 20 мл, 50 мл 33 % розчину сульфату магнію, штатив з пробірками, м'який валик, грілку.



Рис.19. Проведення дуоденального зондування

Вранці натще вводять гумовий зонд діаметром 2–3 мм з металевою оливою на кінці. На відстані 40, 70 і 90 см від оливи є три мітки. Коли перша відмітка перебуває на рівні різців (олива досягла входу в шлунок) хворого кладуть на кушетку на правий бік. Під таз підкладають валик (складена удвоє подушка, або згорнута ковдра), а під праве підребер'я – гарячу грілку, обгорнуту рушником. Ноги хворого зігнуті в колінах. Зонд вводять дуже повільно, щоб просування оливи по шлунку відповідало нормальній перистальтиці шлунка, інакше зонд може утворювати петлі, й олива не підійде до воротаря. Якщо зондування проведено правильно, то в момент, коли друга мітка порівнюється з зубами, олива досягне виходу із шлунка. Відкачують повністю весь шлунковий вміст, після чого хворий ковтає зонд до мітки 73 см. Для прискорення пересування оливи в дванадцятипалу кишку, хворий має ходити по кімнаті 15–20 хв, повільно проковтуючи зонд.

Як тільки зонд потрапляє в дванадцятипалу кишку – починає виділятися дуоденальний сік (порція А). Вона забарвлена в золотисто-жовтий колір, складається з суміші жовчі, секрету кишок і підшлункової залози. Збирають порцію А протягом 10–20 хвилин. Після цього через зонд вводять різні подразники (20 мл 33 % розчину сульфату магнію або 40 % розчин глюкози, оливкову олію, ячні жовтки, 40 % розчин ксиліту чи сорбіту та ін.) в теплом вигляді і затискають зонд на 3 хвилини. Через 4–7 хвилин після введення подразника з зонда починає витікати нова порція жовчі, спочатку золотисто-жовта, потім – концентрована в'язка темно-оливкова або коричнева – міхурова жовч (порція В), об'ємом 20–40 мл. Після міхурової жовчі виділяється світла лимонно-жовта (печінкова), порція С. Її збирають протягом 10–15 хвилин, потім зонд видаляють.

Катетеризація сечового міхура – проводиться для виведення сечі при її затримці, промивання сечового міхура, введення в нього лікарських речовин або збору сечі для дослідження. Для катетеризації необхідно підготувати еластичний або одноразовий катетер відповідного діаметра, стерильний вазелін, ниркоподібний лоток, марлеві тампони, фізрозчин.

Застосовують еластичні гумові або одноразові катетери довжиною 25–30 см і діаметром до 10 мм (№ 1–3). Один кінець катетера сліпий, закруглений, з отворами по боках. Гумові катетери стерилізують кип'ятінням протягом 10–15 хвилин. Зберігають в довгих емальованих і скляних коробках з кришкою. Діаметр катетера підбирають в залежності від віку дитини.

У **дівчаток** сечовипускальний канал короткий і прямий, і катетер вводиться легко. Зовнішні статеві органи обмивають теплою водою з милом. Потім беруть катетер сліпим кінцем догори, обливають стерильним гліцерином або вазеліною олією, стають праворуч від хворої, розширяють великі статеві губи лівою рукою, а правою вводять катетер в сечовипускальний канал.

Введення катетера **хлопчикам** складніше. Хворого кладуть на спину з зігнутими і розсунутими якомога ширше ногами, між ними ставлять посуд для сечі. Стають зліва від хворого, відтягують крайню плоть статевого члена, обгортають головку марлею, змоченою дезінфікуючим розчином. Лівою рукою беруть статевий член, а правою повільно вводять катетер (змазаний вазеліном) в сечовипускальний канал до тих пір, поки не з'явиться сеча.

3.13. Підрахунок та нормативи частоти дихання, пульсу та артеріального тиску у дітей

Методика спостереження за диханням у хворої дитини

При догляді за хворим із захворюваннями органів дихання необхідно стежити за частотою, глибиною та ритмом дихання. Нормальне дихання беззвучне і непомітне для оточуючих. Дитина зазвичай дихає через ніс із закритим ротом.

Частотою дихання називають кількість дихальних рухів грудної клітки за 1 хв. Слід пам'ятати, що пацієнт може самовільно затримувати або прискорювати дихання, тому під час обстеження треба відволікати його увагу або вести підрахунок непомітно для нього. Зручно рахувати частоту дихання після визначення частоти пульсу, не віднімаючи руки від променевої артерії. Якщо дихання

поверхневе, і рухи грудної клітки або живота важко помітити, сестра, роблячи вигляд, що рахує пульс, непомітно кладе свою руку разом з рукою хворого йому на груди (при грудному типі дихання) або на живіт (при черевному типі дихання) і протягом 30 с або 1 хв рахує кількість вдихів. Можна також рахувати дихання, спостерігаючи за рухами грудної клітки і передньої черевної стінки зі сторони. У дітей раннього віку частоту дихання можна підрахувати за допомогою фонендоскопа, наблизивши його до ніздрів дитини.

Нормативи ЧД в залежності від віку:

Новонароджені – 40–60 у хв

У 6 місяців – 35–40 у хв

У 1 рік – 30–35 у хв

У 5 років – 25 у хв

У 10 років – 20 у хв

Старше 10 років – 20–16 у хв.

Методика дослідження пульсу у дітей різного віку (рис.20)

Дослідження пульсу у **дітей раннього віку** проводиться на висковій артерії або підраховується число серцевих скорочень при вислуховуванні серця. Дослідження пульсу **дитини старшого віку**, як і дорослих, проводиться на променевої артерії.

Рука дитини розміщується на рівні його серця у розслабленому стані, в ділянці променево-зап'ясткового суглобу так, щоб вказівний, середній та безіменний пальці розташовувались на внутрішній поверхні передпліччя хворого, а великий палець обстежувача знаходився на зовнішній поверхні. Знаходять променеву артерію і злегка притискають її до кістки. Визначають частоту пульсу протягом 30 с – 1 хв.



Рис.20. Вимірювання пульсу у дітей різного віку

Нормативи ЧСС в залежності від віку:

Новонароджений – 140–160 у хв

У 6 міс. – 130–135 у хв

У 1 рік – 120–125 у хв

У 2 роки – 110–115 у хв

У 3 роки – 105–110 у хв

У 5 років – 100 у хв

У 8 років – 90 у хв

У 10 років – 80–85 у хв

Старше 12 років – 70–75 у хв.

Методика вимірювання артеріального тиску

Артеріальний тиск у дітей вимірюється електронним тонометром. Підбирають дитячу манжетку та накладають на 2 см вище ліктьового суглоба так, щоб 2 пальці могли вільно зайти під неї. Підключають тонометр, манжетку наповнюють повітрям до повного зникнення пульсу. Повільно випускаючи повітря, слідкують за появою на екрані показників артеріального тиску та пульсу. Артеріальний тиск слід вимірювати 2–3 рази з двох-трьох хвилинним інтервалом, за результат беруть мінімальні цифри.

Нормативи АТ в залежності від віку:

Новонароджений – макс АТ -76 мм рт. ст.

До року – макс АТ $76+2n$, де n - кількість місяців життя.

У 1 рік – макс АТ =90 мм рт.ст.

Старше 1 року – макс АТ $90+2n$, де n - кількість років життя.

Рівень мінімального АТ – складає $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ максимального.

3.14. Виконання організаційно-виробничих завдань на сестринському посту

До організаційно- виробничих завдань постової медичної сестри входить участь у робочих зборах, так званих п'ятихвилинках, у старшої медсестри, кожного дня у заввідділенням, де вирішуються негайні та невідкладні робочі питання, оголошуються розпорядження та вказівки керівників лікарні, МОЗ України, місцевих управлінь з питань охорони здоров'я.

Для середнього медперсоналу на клінічних базах наукові співробітники читають короткі лекції з тематики лікування хворих дітей та догляду за ними.

Для виконання лікувально-діагностичних призначень постійній медсестрі необхідно контактувати з усіма діагностичними підрозділами в лікарні і в телефонному режимі робити заявку на дослідження – лабораторне, гінекологічне, УЗД, ЕКГ, РЕГ, КТ, МРТ, консультацію лікарів-спеціалістів; процедури в фізіотерапевтичному кабінеті.

У старшої медсестри відділення з'ясовують питання поповнення лікарських засобів, інструментів, приладів для роботи на посту.

Постова медсестра коротко доповідає заввіділенням про рух хворих на посту, наявність тяжкохворих, стан дітей, що поступили.

Інколи трапляються випадки, коли батьки відмовляються від лікування або забирають дитину додому з інших причин, про що медсестра негайно повідомляє лікарю, а лікар забов'язаний передати цю інформацію в ЦПСМД сімейному лікарю-педіатру за місцем проживання дитини.

Організаційно-виробничі завдання можуть змінюватись у залежності від кількості хворих, їх стану та віку, кількості молодшого медперсоналу на робочих місцях, зовнішніх обставин. Наприклад, при повітряній тривозі у воєнний час дітей необхідно перевести в підвальні приміщення, при введенні карантину обмежують спілкування з відвідувачами.

Дітям заборонено залишати відділення без нагальної потреби, що також контролює постова медсестра.

3.15. Ведення медичної документації на сестринському посту дитячого відділення

Вся робота постової медсестри повинна бути задокументована в робочих журналах на посту. По мірі виконання своїх функціональних обов'язків медсестра заповнює журнали:

- ✓ Журнал руху хворих
- ✓ Журнал лікарських призначень

- ✓ Журнал діагностичних, лабораторних, інструментальних досліджень
- ✓ Журнал призначень дієти
- ✓ Журнал поновлення аптеки
- ✓ Журнал консультацій лікарів-спеціалістів
- ✓ Журнал лихоманкових хворих
- ✓ Журнал реєстрації тяжкохворих
- ✓ Журнал реєстрації інфекційних хворих
- ✓ Журнал обліку хворих для проведення маніпуляцій в маніпуляційному кабінеті
- ✓ Журнал проведення хворих в палату інтенсивної терапії
- ✓ Журнал розпорядку вологих прибирань, зміни постільної білизни
- ✓ Журнал розпорядку УФО в палатах
- ✓ Журнал санітарно-просвітницької роботи з батьками та дітьми
- ✓ Журнал реєстрації ознайомлення батьків та дітей з правилами внутрішнього розпорядку у відділенні
- ✓ Журнал з інструкціями на випадок непередбачуваних ситуацій (з телефонами аварійних служб, схемами евакуації тощо)
- ✓ Журнал обліку використання сильнодіючих лікарських засобів
- ✓ Журнал заявок на ремонтні роботи для електрика, столяра, сантехніка.

Кожного дня медсестра переглядає листки призначень, з'ясовує дозу, термін курсу лікування, реєструє відміну препарата, призначення лікарських засобів, і всі зміни заносить в журнал призначень.

Двічі на добу проводиться термометрія, результат реєструється в медичній картці хворого на температурному листі.

Під час чергування медсестра може отримати окремі вказівки від районних та міських управлінь охорони здоров'я, які вона також реєструє в окремому журналі.

3.16. Дотримання вимог епідеміологічного режиму на сестринському посту та у відділенні

Для дотримання вимог санітарно-епідеміологічного режиму на посту і в стаціонарі постова медсестра повинна кожного дня готу-

вати 0,1 % чи 0,2 % розчин дезінфікуючого засобу, який в окремих лотках, флаконах або скляній тарі розміщується в залежності від його призначення.

0,1 % розчином заповнюють фарфорові або скляні ємкості (склянки) для дезінфекції термометрів та для обробки рук. Вони мають бути марковані з написом відсоткової концентрації, для чого призначені і коли приготовлені. Їх розміщують біля умивальника і в шафі для ліків. Біля умивальника також повинно бути мило і рушник для миття та обробки рук дезрозчином для лікаря та медсестер.

В окремій тарі готується 0,2 % розчин для протирання меблів і предметів на посту та в палатах.

У лотках об'ємом 1–2 л готується дезрозчин для дезінфекції шпательів та мензурок після роздачі ліків та окремо для дезінфекції використаних шприців та крапельниць (експозиція 30 хв).

Для вологого прибирання в палатах медсестра контролює використання санітарами 0,2 % дезрозчину для миття підлоги 2 рази на добу – вранці та ввечері. Протягом дня вологе прибирання проводять в залежності від забруднення підлоги, частіше взимку, рідше влітку. У місцях загального користування вологе прибирання проводять 3–4 рази на день із застосуванням дезрозчинів. Господарчий інвентар повинен бути маркованим і використовуватися окремо для палат, санітарної кімнати, їдальні.

Для дезінфекції в палатах застосовують ультрафіолетове опромінення (УФО). 2 рази на добу, згідно з графіком, діти виходять в коридор або вестибюль на 15 хв під час включення в палатах УФО-ламп. Якщо хворий на ліжковому режимі, йому закривають очі спеціальними окулярами, які не пропускають промені УФО. При необхідності проводять провітрювання палат, що разом з УФО називається поточна дезінфекція.

При появі у хворого симптомів інфекційного захворювання медсестра інформує лікаря, і його переводять в окрему палату – ізолятор. Переписують всіх дітей, які були в цій палаті і спостерігають за ними як за контактними, по можливості виписують додому, у

відділення перестають приймати нових хворих. Роблять термінове повідомлення в СЕС.

У період карантину медсестра слідкує за наявністю масок у всіх співробітників. При підозрі на ковід-інфекцію дитину негайно переводять в інфекційне відділення.

Медсестра слідкує за дотриманням основної гігієни дітей у палатах – щоб діти щоранку вмивалися, чистили зуби, мили ноги, двічі на тиждень приймали душ, своєчасно змінювали натільну і постільну білизну, не контактували з інфекційними хворими, вживали свіжі продукти, миті фрукти і овочі. Періодично контролює вміст приліжкових тумбочок і холодильників загального користування. Забороняється зберігати в палаті продукти, які швидко псуються.

Медсестра на посту бере участь у процедурі взяття мазків з рук та оточуючих предметів для бактеріального дослідження, яке періодично проводить СЕС.

Усі співробітники відділення, у тому числі постові медсестри, зобов'язані один раз на рік проходити диспансерне медичне обстеження з метою виявлення хронічних хворих та їх ізоляції.

3.17. Керівництво роботою молодшого медперсоналу

В обов'язок постової медсестри входить і керівництво роботою молодшого медперсоналу – молодшої медсестри, санітарки, прибиральниці. Впродовж робочого дня вона дає їм різні доручення:

- відвести дітей на обстеження у відповідні відділення;
- взяти з собою історії хвороби;
- після обстеження супроводжувати дітей у відділення і палату;
- віднести зібрані у відділенні баночки з сечею в лабораторію.

Постова медсестра контролює виконання робіт по вологому прибиранню у палатах, коридорі, санітарних кімнатах. Слідкує за обов'язковим використанням дезрозчинів.

Доручає молодшому медперсоналу окремі виробничі кур'єрські завдання по доставці та обміну документів старшій медсестрі,

заввідділенням, відділу кадрів, лабораторії, статистичному відділу та іншим; супровід дітей з санітарного пропускника у відділення. При необхідності проводити індивідуальний нагляд за тяжкохворими дітьми. Здійснювати догляд за хворими на ліжковому режимі – годувати їх, міняти білизну, забезпечити чаєм чи водою для пиття, при необхідності дати судно чи сечоприймач, перестелити постіль, слідкувати за станом хворого, покликати при потребі лікаря чи медсестру.

Також медсестра проводить співбесіди з молодшим медперсоналом щодо профілактики поширення інфекційних хвороб, основ деонтології, правил дотримання розпорядку дня, належного зовнішнього вигляду і особистої гігієни, субординаційної культури спілкування.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Вимірювання температури тіла https://www.youtube.com/watch?v=VITKkZjkQmU&list=PL0jpOp5ub5-_kdpwxoi_uKLsdaSO40dpL&index=5&ab_channel
2. Практична навичка взяття мазків зі слизової оболонки ротоглотки та носа https://www.youtube.com/watch?v=r5gQLjmlQwI&list=PL0jpOp5ub5-_kdpwxoi_uKLsdaSO40dpL&index=6&ab_channel=%D0%9A%D0%B0%D1%84%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D1%96%D0%B0%D1%82%D1%80%D1%96%D1%974%D0%9D%D0%9C%D0%A3%D1%96%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%96%D0%9E.%D0%9E.%D0%91%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%86%D1%8F
3. Проведення новонародженій дитині транскутанної білірубінометрії https://www.youtube.com/watch?v=biur7LDwsTM&list=PL0jpOp5ub5-_kdpwxoi_uKLsdaSO40dpL&index=4&ab_channel

Контрольні питання до теми

1. Оснащення поста медичної сестри в педіатричному відділенні.
2. Розподіл функціональних обов'язків постової медичної сестри за їх специфікою.

3. Права та обов'язки медсестри.
4. Зміст роботи щодо необхідного комунікативного спілкування медсестри з хворими дітьми, їх опікунами та медичним персоналом.
5. Функціональні обов'язки медсестри з виконання лікувальних призначень лікаря.
6. Функціональні обов'язки медсестри з виконання діагностичних призначень лікаря.
7. Алгоритм приготування розчину антибіотика для в/м ін'єкції.
8. Правила підготовки ліків для ентерального застосування.
9. Правила роздачі ліків для внутрішнього застосування.
10. Правила обробки мензурок після роздачі ліків.
11. Техніка і частота проведення термометрії, реєстрація результатів.
12. Обробка термометрів після термометрії.
13. Приготування 0,1 % та 0,2 % розчинів для дезінфекції.
14. Правила проведення поточної дезінфекції, її складові та частини.
15. Алгоритм дії медсестри при виявленні інфекційного хворого у палаті.
16. Перелік обов'язкових робочих журналів на посту медсестри.
17. Контроль за якістю ліків, які зберігаються в холодильнику.
18. Алгоритм поповнення ліків і медичного обладнання на посту.
19. Зразок заповнення журналу руху хворих, дієтичних столів харчування.
20. Обов'язки молодшого медперсоналу, які контролює медсестра.
21. Техніка постановки очисної клізми, обробка клізм після використання.

Тестові завдання

1. Чого не повинно бути на посту медичної сестри?
 - А) холодильника
 - Б) шафи для одягу
 - В) настільної лампи
 - Г) телефону

2. З якого документа постова медсестра заповнює журнал призначень дієтичного харчування?
А) медична картка стаціонарного хворого
Б) статистичний талон
В) листок лікарських призначень
Г) пам'ятка хворого
3. Яка кількість дітей може бути на одному посту у відділенні неонатології?
А) 20-40 Б) менше 20
В) менше 10 Г) 40-50
4. Яка концентрація розчину хлораміну для обробки меблів?
А) 0,1 % Б) 0,2 %
В) 1 % Г) 0,5 %
5. Яка експозиція часу для обробки мензурок?
А) 15 хв Б) 20 хв
В) 45 хв Г) 30 хв
6. Коли проводиться роздача ліків для внутрішнього застосування?
А) перед прийомом їжі
Б) за 30 хв до їжі
В) після прийому їжі
Г) за 1 годину до прийому їжі
7. Що дають дитині після прийому ліків?
А) молоко Б) воду
В) чай Г) сік
8. Що треба зробити з шприцем та крапельницями після їх використання?
А) покласти в смітник
Б) промити під водою та дезінфікувати
В) зберігати в кладовій
Г) покласти в холодильник
9. Як проводиться дезінфекція в палатах?
А) розпилюванням дезрозчину
Б) вологим прибиранням

- В) інфрачервоним випромінюванням
Г) ультрафіолетовим випромінюванням
10. Перед взяттям крові для загального аналізу хворому необхідно:
- А) умитися
Б) випити чай
В) не приймати їжу
Г) зробити зарядку
11. Заміну ліків хворому медсестра на посту здійснює з відома:
- А) старшої медсестри
Б) головного лікаря
В) головної медсестри
Г) палатного лікаря
12. Перед застосуванням ліків в стерильних флаконах медсестра контролює:
- А) назву фірми-виробника
Б) цілісність упаковки
В) термін придатності ліків
Г) загальну кількість флаконів
13. При погіршенні стану хворого медсестра доповідає:
- А) іншій постовій медсестрі
Б) батькам хворої дитини
В) черговому чи палатному лікарю
Г) молодшому медперсоналу
14. Для постановки клізми дитину вкладають:
- А) на правий бік
Б) на лівий бік
В) на живіт
Г) на спину
15. Подача кисню хворому контролюється за допомогою:
- А) дистанційного термометра
Б) хімічного аналізатора
В) пульсоксиметра
Г) тонометра

Рекомендована література

Основна література:

1. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів / В. Г. Майданник, В. Г. Бурлай, О. З. Гнатейко та ін.; за ред. проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид., випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 872 с.
2. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Київ : Видавництво «ВСВ «Медицина»», 2019. 392 с.
3. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навчальний посібник /за ред. проф. І. О. Мітюрєвої-Корнійко. Київ : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.

Додаткова література:

1. Наказ №259 від 02.04.2013 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил». Санітарно-епідеміологічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0570-13#Text>
<https://www.medsprava.com.ua/>
2. Olive oil in ear care. URL: <https://chc.com.pl/en/olive-oil-in-ear-care> (06.09.2021)
3. Schwartz S.R., et al. Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction). Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 2017; 156(1_suppl): S1-S29. doi:10.1177/019459981667149

Електронні ресурси:

1. ЗУ «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». (Відомості ВР України (ВВР), 2012, №14, с. 86); із змінами, внесеними згідно із Законом №2168-VIII <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>
2. Постанова КМ України від 27.XI.2019 р. №1074 (в редакції Постанови КМУ від 19.06.2020 р. №589) «Порядок створення госпітальних округів». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%DO%BE#Text>
3. Випуск 78 «Охорона здоров'я» довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/ua117282-02#top>
4. Наказ №587 28.02.20 «Деякі питання ведення реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ №727 від 03.05.2022 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/20236-20#Text>



Розділ IV

ОСНОВНІ ВМІННЯ ТА НАВИЧКИ МЕДСЕСТРИ МАНІПУЛЯЦІЙНОГО КАБІNETУ ДИТЯЧОГО ВІДДІЛЕННЯ

Актуальність

Важливою складовою лікувально-профілактичної допомоги в Україні є дитяча лікарня, де виконується переважна більшість медичних маніпуляцій. Тому знання організації роботи маніпуляційного кабінету, техніка виконання основних видів ін'єкцій, особливостей дезінфекції обладнання є надзвичайно важливими, а теоретична та практична підготовка майбутніх фахівців по даній темі допоможе підвищити рівень надання лікувально-діагностичної допомоги.

4.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
	Маніпуляційний (процедурний) кабінет	Структурний підрозділ лікувального відділення дитячої лікарні, призначений для виконання маніпуляцій та забору матеріалу для деяких досліджень

1	2	3
	Медична сестра маніпуляційного (процедурного) кабінету	Середній медперсонал. Медична сестра маніпуляційного кабінету виконує свої обов'язки у безпосередньому підпорядкуванні завідувача структурного відділу, але функціонально підпорядковується старшій медсестрі відділення
	«Зона обробки рук і поверхонь» маніпуляційного кабінету	Місце маніпуляційного кабінету, де над умивальником кріплять одноразовий рушник, в ліктьових дозаторах розміщують: рідке мило, антисептик для рук, засіб для догляду за шкірою рук медичного персоналу та дезінфікуючі засоби
	«Чиста зона» маніпуляційного кабінету	Чистий стіл, на якому комплектують стерильний лоток для пацієнта. Суть «чистого столу» полягає у відсутності безпосереднього контакту з пацієнтом
	«Стерильна зона» в маніпуляційній	Панмед, що зберігає стерильність медичних інструментів до п'яти діб, або стерильний стіл, який змінюють кожні шість годин
	Стерильний бікс	Його вмістом є оснащення, яке використовують для накриття стерильного столу (стерильні простирадла, халати, серветки, перев'язувальний матеріал тощо)
	Панмед	Своєрідний стерильний стіл (коробка з бактерицидною лампою), який зберігає стерильність інструментів до п'яти діб
	«Зона пацієнта» маніпуляційного кабінету	Зона, де хворому проводять всі маніпуляції, яку оснащують столиком або тумбочкою, кушеткою і стільцем для пацієнта
	«Зона дезінфекції» маніпуляційного кабінету	Місце біля умивальника, на столику або частково на підлозі, де встановлені ємкості з дезінфікуючими розчинами для занурення в них відпрацьованих інструментів, серветок (ганчір'я) тощо

4.2. Функціональні обов'язки медсестри маніпуляційного кабінету

Медична сестра процедурного кабінету виконує призначення лікарів по наданню допомоги пацієнтам лікувально-діагностичного відділення.

Без прямої вказівки лікаря-куратора медсестрі заборонено вводити пацієнту будь-які лікарські засоби, замінювати один препарат іншим, змішувати в одному шприці непоєднувані лікарські засоби тощо.

Перелік завдань роботи медичної сестри маніпуляційного кабінету дитячого відділення:

- виконувати лікарські призначення, здійснювати необхідні маніпуляції, асистувати лікарю під час проведення профільних маніпуляцій;
- інформувати пацієнтів щодо правил поведінки у маніпуляційній, попереджати про можливі побічні ефекти від уведених препаратів;
- відстежувати побічні реакції на лікарські засоби та своєчасно вживати необхідних заходів, інформувати лікаря та реєструвати у журналі всі випадки ускладнень, пов'язаних із проведенням медичних маніпуляцій;
- ставити різні види катетерів, транспортувати пацієнта до відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- своєчасно відправляти біоматеріали до клінічної лабораторії, на утилізацію;
- забезпечувати маніпуляційну необхідними за профілем інструментами, перев'язувальним матеріалом, ліками тощо;
- відповідно до положень чинного законодавства забезпечувати облік і зберігання сильнодіючих препаратів та наркотичних речовин, отрути;
- вчасно оформляти та подавати заявки на лікарські засоби, перев'язувальний матеріал тощо;
- дотримуватися правил санепідрезиму, здійснювати заходи щодо профілактики поширення інфекцій;
- контролювати роботу молодшого медичного персоналу, який здійснює прибирання у маніпуляційній;

- вести меддокументацію процедурного кабінету, вчасно подавати дані про виконану роботу;
- приймати і здавати маніпуляційну черговому середньому медперсоналу.

Окрім того, медична сестра процедурного кабінету **контролює**:

- якість стерилізації інструментів, медвиробів;
- якість прибирання, виконання протиепідемічних заходів;
- стан медичної апаратури, устаткування, інструментів, у разі виявлення недоліків – повідомляє керівництву.

4.3. Кваліфікаційні вимоги до медичної сестри маніпуляційного кабінету

Щоб якісно виконувати посадові обов'язки медична сестра маніпуляційного кабінету повинна орієнтуватися у нормативах чинного законодавства у медичній сфері, знати положення посадової інструкції, принципи організації роботи структурного підрозділу, правила охорони праці.

Відповідно до посадової інструкції процедурна медична сестра повинна мати вищу освіту початкового/першого рівня за ступенем молодшого бакалавра/бакалавра за галуззю знань «Охорона здоров'я», спеціальністю «Медсестринство» або «Технології медичної діагностики та лікування», спеціалізацію за профілем відділення.

Щодо безпосередньо медичних знань медсестри, то вона **має володіти**:

- основами медичних дисциплін та фармакологічних знань;
- правилами догляду за хворими;
- навичками розпізнавання та наданням допомоги при невідкладних станах;
- методикою знезараження інструментів, медвиробів;
- правилами асептики та антисептики тощо.

4.4. Принципи роботи маніпуляційного кабінету

Медичні сестри маніпуляційних, процедурних, перев'язувальних, а також лікарі повинні чітко орієнтуватись у внутрішній структурі кабінету, де надають медичну допомогу пацієнтам.

Маніпуляційний кабінет (процедурна кімната) – спеціально облаштоване приміщення, де проводять лікувально-профілактичні процедури.

Принципи роботи маніпуляційного кабінету:

- чітке розмежування «чистих» і «брудних» етапів роботи при наданні медичної допомоги;
- послідовність дій при переході від «брудного» до «чистого» етапу роботи і навпаки;
- оцінювання внутрішньої структури маніпуляційного кабінету для організації безпечного надання медичної допомоги.

У маніпуляційній та іншому медичному кабінеті, де надають медичну допомогу пацієнтам з порушенням цілісності шкіри і слизових оболонок, існує суворий **поділ функціональних поверхонь**.

Так, поверхню столу не дозволено ділити на «стерильну» і «чисту» частини або «чисту» і «брудну». Поверхня кожного столу має бути монофункціональною.

4.5. Сучасні санітарно-гігієнічні вимоги до маніпуляційного кабінету

Стандарти роботи маніпуляційного кабінету розроблені на основі сучасного досвіду багатьох лікарів-епідеміологів та інших фахівців у сфері санепіднагляду у відповідності до:

- вимог асептики, антисептики, дезінфекції, стерилізації;
- наказів і методичних вказівок МОЗ;
- розробок і рекомендацій комісій з інфекційного контролю.

Модернізація маніпуляційних нині включає наявність:

1. Спеціального пакувального матеріалу для інструментів під час стерилізації. Раніше використовували бікси Шиммельбуша, які не мають бактерицидних фільтрів, швидко деформуються і не захищають простерилізовані медичні вироби від реінфікування.
2. Одноразових серветок для обробки поверхонь, рук. Раніше використовували стерильні багаторазового використання (ганчір'я).
3. Одноразових спиртових серветок для антисептики шкіри пацієнта під час ін'єкцій. Раніше використовували стерильні ватні кульки власного виробництва.

4. Спеціальних ємкостей для дезінфекції інструментів.

Нерідко ще застосовують звичайні пластмасові відра різних розмірів. Але якщо заклад забезпечений одноразовими серветками, то їх після використання скидають у ємкість для контамінованих медичних відходів.

4.6. Зонування внутрішньої структури маніпуляційного кабінету

Згідно з правилами асептики та антисептики у внутрішній структурі маніпуляційного кабінету виділяють такі зони:

- «зона обробки рук і поверхонь»;
- «чиста зона»;
- «стерилізаційна зона»;
- «зона пацієнта»;
- «зона дезінфекції».

4.7. «Зона обробки рук і поверхонь»

На стіні над умивальником кріплять одноразовий рушник (рис. 21). На рівні ліктя в ліктьових дозаторах розміщують: рідке мило, антисептик для рук, засіб для догляду за шкірою рук медичного персоналу.



Рис. 21. Обладнання «зони обробки рук та поверхонь» та «зони дезінфекції» маніпуляційного кабінету

Усе це можна розмістити і на столику. Крім того, на ньому можна зберігати пластмасову ємкість з високими бортиками. До

неї вкладають мішечок зі стерильними серветками (ганчір'я 30 × 30 см). Їх складають у стос по 30–50 штук. Серветки можна виймати чистими руками без пінцета, а також використовувати їх для витирання рук.

Готуючи маніпуляційний кабінет до роботи на столику виставляють невеликі ємкості з розчином «для дезінфекції поверхонь», або дозатор, яким дезінфікують поверхні методом зрошення. Дезінфікувати (протирати) можна тільки функціональні поверхні (кожну – окремою серветкою). Використані серветки ніколи не дезінфікують повторно, а скидають у ємкість «для дезінфекції серветок».

NB! На раковині умивальника заборонено розмішувати чи ставити будь-які речі, в тому числі дозатори тощо.

Це зумовлено тим, що поверхня умивальника постійно волога і на ній добре розмножується мікрофлора, наприклад синьогнійна паличка.

4.8. «Чиста зона» у маніпуляційному кабінеті

«Чиста зона» – це чистий стіл, на якому комплектують стерильний лоток для пацієнта і між ним і пацієнтом немає безпосереднього контакту (рис. 22).

У лоток викладають шприци з ліками, стерильні ватні кульки, які поливають спиртом або іншим антисептиком для обробки шкіри перед проколом. Торкатися стерильними ватними кульками до шийки пляшки з антисептиком під час змочування заборонено.

У стерильних банках на «чистому столі» розміщують у мішечку, вкладеному в стерильну банку, 25–30 штук стерильних ватних кульок, а також має бути стерильний металевий предмет для розкриття пляшок зі стерильними розчинами для внутрішньовенних вливань (наприклад, затискач). Для розкриття пляшок не можна використовувати пінцет, щоб не плутати його з пінцетом для забору стерильного матеріалу та інструментів зі стерильного столу, панмеда, бікса, виїмки стерильних кульок. Стерильний металевий предмет після розкриття першої пляшки втрачає стерильність, але ним продовжують працювати протягом 6 годин.



Рис. 22. «Чиста зона» маніпуляційного кабінету

На «чистому столі» можуть бути розміщені упаковані стерильні шприци, системи, рукавички стерильні і нестерильні в коробці.

Ножиці для розкриття пакетів можна зберігати в шухляді столу разом з упакованими шприцами і системами. Їх дезінфікують методом протирання.

На столі має бути ліктьовий дозатор з антисептиком для рук, а також пляшка з антисептиком (спиртом) для обробки шкіри пацієнта.

Біля столу, на підлозі, слід розміщувати ємкість для сухих неконтамінованих відходів (коробки, ампули, пакети тощо).

Медсестра під час роботи з хворим **не повинна торкатися «чистого столу» контамінованими руками**. Це може статися тільки в екстрених випадках, наприклад, при сильній кровотечі з судини, коли треба додатково взяти вату. Якщо це трапилось, то після зупинення кровотечі вона повинна:

- вимити руки з милом;
- обробити їх антисептиком;
- продезінфікувати поверхню столу чистими руками;
- змінити предмети «чистого столу», до яких вона торкалася при наданні екстреної допомоги пацієнту.

Дотримання цих правил убереже заклад від поширення внутрішньолікарняних інфекцій, а персонал – від проблем зі здоров'ям.

4.9. «Стерильна зона» маніпуляційної

«Стерильна зона» в маніпуляційній – це панмед, який зберігає стерильність медичних інструментів до п'яти діб, або стерильний стіл, який змінюють кожні шість годин, як і вміст «чистого столу» (рис. 23). Уранці, після прибирання маніпуляційної з миючим засобом, в асептичних умовах проводять завантаження панмеду або накривання стерильного столу. Для цього щоразу готують стерильний бікс, який містить необхідне оснащення для накриття стерильного столу (стерильні простирадла, халати, серветки, перев'язувальний матеріал тощо). Для зручності виймання «стерильного матеріалу» доцільно розміщувати панмед або стерильний стіл зліва від «чистого столу».



Рис. 23. «Стерильна зона» маніпуляційного кабінету

Згідно з наказом МОЗ «Про затвердження державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів у закладах охорони здоров'я» від 11.08.2014 № 552 (далі – Санітарні норми № 552) **заборонено** проводити стерилізацію, як і передстерилізаційне очищення інструментів у маніпуляційних та процедурних, де надають медичну допомогу пацієнтам. Передстерилізаційне очищення і стерилізацію проводять або в центральному стерилізаційному відділенні, або в спеціальних приміщеннях у відділенні.

Вигідніше і зручніше мати *панмед* – це своєрідний стерильний стіл (коробка з бактерицидною лампою), який зберігає стерильність інструментів до п'яти діб. Кількість стерилізацій за наявності панмеду залежить від кількості інструментів.

Якщо немає панмеду, стерильний стіл накривають *кожні шість годин*. При цьому інструменти потрібно простерилізувати безпосередньо перед накриттям. Йдеться про стерилізацію відкритим методом в повітряних стерилізаторах. Якщо повітряний стерилізатор розміщений в окремому приміщенні у відділенні поряд з маніпуляційною, «стерильний стіл» або панмед мають бути рухомі (на колесах).

Краще, якщо інструменти стерилізують в центральному стерилізаційному відділенні в упакованому вигляді, пакувальний матеріал зберігає стерильність не один день. При його наявності стерилізація відкритим методом виключена.

Стерильний інструмент доставляють у відділення у спеціальній упаковці, в якій і викладають на стерильний стіл. В упакованому вигляді його можна зберігати в біксах та ємкостях, в яких його стерилізували, і використовувати за потреби.

4.10. «Зона пацієнта» в маніпуляційному кабінеті

У «зоні пацієнта» хворому проводять всі маніпуляції. Її оснащують столиком або тумбочкою, кушеткою і стільцем для пацієнта (рис. 24). На столі може бути розміщена подушка і джгут для проведення внутрішньовенних маніпуляцій.

Після кожного пацієнта дезінфікують поверхні столу, кушетки, подушки, джгута методом протирання або зрошення.

На підлозі, поряд зі столиком, розміщують ємкість, вистелену перфорованим целофановим пакетом для медичних відходів, контамінованих кров'ю та іншими біологічними рідинами, які підлягають утилізації (рукавички, вата, піпетки, перев'язувальний матеріал тощо). Ємкість маркують так: «Медичні відходи категорії «В» – особливо небезпечно».



Рис. 24. «Зона пацієнта» маніпуляційного кабінету дитячої лікарні

Уранці контаміновані відходи заливають дезінфікуючим розчином з дотриманням експозиції, після чого пакет з відходами утилізують, а розчин виливають у каналізацію.

У «зоні пацієнта» також працює лаборант клінічної лабораторії із забору крові з пальця. Йому на столик, у «зоні пацієнта», ставлять ліктьовий дозатор з антисептиком для обробки рук. Після кожного хворого все відпрацьоване (вата, рукавички тощо) одразу скидають у ємкість для контамінованих відходів.

4.11. Проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ та інших парентеральних інфекцій у медпрацівників

Для запобігання інфікуванню медиків та хворих, потрібно суворо дотримуватись протиепідемічного режиму, правил асептики, антисептики, дезінфекції і стерилізації. Кожного пацієнта треба вважати потенційним носієм ВІЛ. Якщо біологічна рідина потрапила на шкіру медпрацівника, він має надати собі першу допомогу та повідомити про це лікарю. За потреби буде призначена екстрена постконтактна профілактика. Проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у медпрацівників регламентують накази МОЗ «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-

інфекцією при виконанні професійних обов'язків» від 05.11.2013 № 955 і «Про затвердження форм облікової документації та звітності стосовно реєстрації випадків контакту осіб з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення» від 22.05.2013 № 410.

Медична сестра і молодша медична сестра, а також лікар, які працюють в маніпуляційній, зобов'язані суворо дотримуватись вимог наказів МОЗ щодо профілактики ВІЛ та інших парентеральних інфекцій з метою збереження здоров'я, свого і пацієнтів.

Якщо під час набирання ліків у шприц на «чистому столі» медична сестра випадково вколола себе чистою голкою, вона має змінити голку на шприці. Адже вона може бути носієм парентеральної інфекції (вірусу гепатитів С, В тощо), а отже, може інфікувати пацієнта.

NB! Після використання шприца заборонено надягати ковпачок на голку, знімати голку зі шприца руками, а шприц розбирати.

Флакони обробляють за такими правилами:

На столик у зоні пацієнта викладають внесений до маніпуляційної флакон з інфузійним розчином, пакети з внутрішньовенними системами.

Флакон протирають змоченою в дезінфікуючому розчині серветкою і тільки після цього перекладають в шафу або на «чистий стіл».

Перед використанням кришку флакона протирають антисептиком і розкривають спеціально призначеним для цього металевим предметом, який зберігають на «чистому столі» в стерильній банці.

4.12. Алгоритм виконання різних видів ін'єкцій

Медична сестра маніпуляційного кабінету повинна знати і вміти виконувати різні види ін'єкцій: внутрішньошкірна, підшкірна, внутрішньом'язова, внутрішньовенна (*табл.1*).

Таблиця 1

Правила виконання різних видів ін'єкцій

Вид ін'єкції	Місце	Розмір голки	Кут нахилу голки	Кількість речовини	Основне призначення	Перес торого
Внутрішньо шкірна	Передня поверхня передпліччя (середня частина), верхня зовнішня третина лівого плеча (БЦЖ)	Діаметр 0,4 мм, об'єм 1 мл (інсулі новий шприц)	Зрізом догори, майже паралельно шкірі (до 10–15°)	0,1 – 0,2 мл, до утворення «лимфної кірочки»	Діагностичні алергостести, вакцинація БЦЖ	-
Підшкірна	В пжк – нижній кут лопатки, зовнішня поверхня плеча та стегна, навколо пупкова ділянка	Діаметр 0,4 мм, об'єм 1 мл (інсулі новий шприц), шприци-ручки	45° на глибині 1–3 см (2/3 довжини голки), зрізом догори	0,1 – 2 мл	Інсулін, гепарин (аналоги)	Олійні розчини підірвати до 35°С заборонено Кальцію хлорид – некротизуюча дія
Внутрішньо м'язова	Зовнішньо-верхній квадрант сідничного м'яза, зовнішня поверхня плеча, зовнішня та передня поверхня стегна	До 7 років – 3–4 см, після 7 років – 5–6 см	90° на глибину 3–6 см, майже на всю довжину голки (залишають 2–3 мм над шкірою)	0,1 – 5 мл	Більшість препаратів для парентерально го введення	Заборонено Кальцію хлорид – некротизуюча дія
Внутрішньо венна	Вени ліктового згину, поверхневі вени кисті, стопи, в ранньому віці – підшкірні вени голови (скронева, лобна, тім'яна)		45° – зменшуючи кут нахилу після проколу стінки вени	5 – 20 мл струминно	Необхідність швидкого ефекту, невідкладна допомога	Заборонено вводити олійні розчини

4.13. Техніка проведення внутрішньовенних ін'єкцій у дітей та переваги використання венозного сканера

Введення лікарських речовин у вену прирівнюється до хірургічної операції.

Цим способом вводять лише чисті хімічні речовини.

Під час венопункції та ін'єкції голова дитини повинна бути фіксована.

Покроковий алгоритм внутрішньовенного введення ліків (табл. 2).

Показання:

- стан пацієнта загрожує його життю;
- ліки не можна ввести внутрішньом'язово.

Ліки вводять через вени:

- ліктьового згину
- передпліччя
- кистей
- нижніх кінцівок
- голови (у немовлят).

Таблиця 2

Порядок проведення внутрішньовенних ін'єкцій

Етап I. Підготовчий	
1	2
1	Підготуйте внутрішньовенні катетери з голками, джгут, розчин та набір для внутрішньовенного вливання, лейкопластир, антисептик, серветки, ватні кульки, гумові рукавички, маску, набір медикаментів для профілактики зараження СНІДом, фартух, захисні окуляри, прокладку під джгут, подушечку-валик, лоток для відпрацьованого оснащення, пилочку
2	Психологічно підготуйте пацієнта
3	Надягніть поліетиленовий фартух
4	Проведіть гігієнічне миття рук, надягніть маску
5	Обробіть руки 70 % розчином етилового спирту
6	Надягніть гумові рукавички

<i>Продовження табл. 2</i>	
1	2
<i>Етап II. Основний</i>	
7	В асептичних умовах заповніть шприц лікарським розчином
8	Запропонуйте пацієнтові сісти або лягти і покласти звільнену від одягу руку на подушечку-валик долонею вгору. Якщо пацієнт у ліжку, підстеліть під руку пелюшку, щоб не забруднити білизну. Плече вище ліктьового згину обгорніть серветкою і накладіть венозний джгут (рука при цьому має набути ціанотичного відтінку, а пульс пальпуватися на променевої артерії)
9	Для посилення венозного застою запропонуйте пацієнтові кілька разів стиснути кулак. Можете злегка погладжувати руку, ніби підкачуючи кров у напрямку від кисті до ліктьового згину. У разі задовільного наповнення вени пацієнта чітко контуруються і пальпуються у вигляді еластичних тяжів
10	Кінчиком вказівного пальця правої руки пропальпуйте вени ліктьового згину й виберіть найоб'ємнішу та найменш рухому
11	Обробіть гумові рукавички 70 % розчином етилового спирту. Поверхню ліктьового згину двічі знезаразьте ватною кулькою, зволоженою 70 % розчином спирту, знизу вгору за течією крові та лімфи, висушіть сухою стерильною кулькою
12	Великим пальцем лівої руки змістіть трохи вниз шкіру поряд із венозним стовбуром і зафіксуйте венозний стовбур (кулак пацієнта при цьому стиснутий)
13	Правою рукою візьміть шприц із ліками так, щоб вказівний палець фіксував муфту голки, а решта пальців утримувала циліндр шприца. Зріз голки має бути зверху
14	Голку встановіть під гострим кутом до поверхні шкіри у напрямку течії крові, обережним рухом проколите шкіру і передню стінку фіксованої вени. При цьому може з'явитися таке відчуття, ніби голка потрапила в порожнечу
15	Опустіть шприц і проведіть голку ще на 5–10 мм за ходом вени
16	Злегка відтягніть поршень шприца до себе. У разі правильного положення голки в шприці з'явиться кров
17	Зніміть джгут лівою рукою і попросіть пацієнта розтиснути кулак
18	Ще раз відтягніть поршень циліндра на себе, щоб упевнитися, що під час знімання джгута голка не вийшла з вени. При цьому в шприц вільно надходить кров
19	Уведіть лікарський засіб повільно, щоб він змішався з кров'ю і не подразнював стінку вени, а також не призвів до небажаної реакції організму

<i>Продовження табл. 2</i>	
1	2
20	Після введення лікарської речовини прикладіть до місця ін'єкції стерильну ватну кульку і швидким рухом виведіть голку з вени
21	Запропонуйте пацієнтові зігнути руку в ліктьовому суглобі і затиснути кульку на 3–5 хвилин. Якщо пацієнт непритомний, то зафіксуйте самі місце пункції або накладіть стерильну серветку й закріпіть її бинтом, або пластирем
Етап III. Заключний	
22	Продезінфікуйте використане оснащення
23	Зніміть рукавички, вимийте і висушіть руки
24	Зробіть позначку про виконану маніпуляцію

Крапельне введення лікарських речовин використовується у випадках, коли необхідно ввести велику кількість рідини чи вводити ліки протягом тривалого часу. Пункцію вени роблять звичайним способом.

Останнім часом при крапельних вливаннях користуються крапельницями разового використання, голками «метеликами» та спеціальними катетерами для внутрішньовенних впирскувань. Їх випускають у стерильній герметичній упаковці з позначеними серією і датою стерилізації. Голку катетера (т.з. «метелика») з'єднують з крапельницею, яка має спеціальне пристосування, що дозволяє регулювати швидкість і кількість крапель розчину.

Успішне виконання процедури значною мірою залежить від правильної фіксації кінцівок або голови дитини.

Заповнення системи для крапельного введення ліків проводять у такій послідовності:

1. Звіряють напис на флаконі з призначенням лікаря (назву, відсоткову концентрацію, кількість); перевіряють термін придатності, герметичність упаковки, прозорість рідини.
2. Пінцетом знімають з флакона центральну частину металевої кришки, гумовий корок обробляють ватною кулькою, змоченою 96 % спиртом.
3. Перевіряють герметичність пакета і термін придатності.

4. Процедурна сестра обробляє руки.
5. Розкривають пакет і виймають систему.
6. Знявши ковпачок з голки повітровода, її вводять до упору через гумовий корок у флакон. Трубку повітровода закріплюють уздовж флакона так, щоб її вільний кінець був на рівні дна флакона.
7. Закривають гвинтовий затискач. Знімають ковпачок з голки, яка знаходиться ближче до крапельниці, і теж вводять її до упору через гумовий корок у флакон.
8. Флакон перекидають догори дном і закріплюють на штативі.
9. Ін'єкційну голку разом з ковпачком знімають і кладуть у підготовлений стерильний лоток. Під час роботи не можна торкатися руками до сполучної канюлі для насадки голки.
10. Повертають крапельницю в горизонтальне положення. Повільно відкриваючи гвинтовий затискач, заповнюють її до половини об'єму, затискач закривають.
11. Повертають крапельницю у вертикальне положення, фільтр на 1/3 повинен бути заповнений рідиною.
12. Відкривають гвинтовий затискач, повільно заповнюють довгу трубку системи до повного витіснення бульбашок повітря і появи краплі розчину з канюлі для насадки голки. Гвинтовий затискач закривають.
13. Перевіряють відсутність бульбашок повітря в системі.
14. Канюлю для насадки ін'єкційної голки обгортають стерильною серветкою, яку прикріплюють до перехідної гумової трубки (вузол для ін'єкції) за допомогою затискача або корнцанга.
15. Затискач або корнцанг за бранші підвішують на штатив. У стерильний лоток, де знаходиться ін'єкційна голка, закрита ковпачком, кладуть три ватні кульки, змочені 96 % спиртом, три стерильні серветки. Готують дві стрічки вузького (1 см) липкого пластиру довжиною 4–5 см, рушник, джгут.
16. Флакон з лікарською рідиною закріплюють на особливому штативі. Для збереження прохідності голки або катетера, якщо виникає потреба в тимчасовому припиненні крапельного введення та запобігання згортанню крові, роблять так званий гепариновий

замок. Для цього змішують 1 мл гепарина та 9 мл ізотонічного розчину хлориду натрію, вводять через канюлю або голку 1 мл цієї суміші і закривають канюлю голки спеціальним гумовим ковпачком.

17. Щоб фіксувати голку в вені під неї підводять смужку лейкопластира яка одним витком охоплює голку, а кінцями приклеюється до шкіри; над уведеною в судину частиною голки перпендикулярно наклеюється друга смужка лейкопластира. Кут між голкою і шкірою обережно заповнюють стерильними марлевими серветками, які також фіксуються двома довгими широкими смужками лейкопластира.
18. Нерухомість кінцівки забезпечується шляхом її іммобілізації в лангеті.

Внутрішньовенне крапельне введення ліків потребує:

- суворого дотримання стерильності;
- температура розчину, що вводиться, повинна відповідати температурі тіла хворого;
- частота крапель не менше 7–8 в одну хвилину.

Для полегшення проведення внутрішньовенних пункцій у дітей можна застосовувати апарат для візуалізації вен, або **венозний сканер** (рис. 25).



Рис. 25. Пошук вен у дітей різного віку за допомогою венозного сканера

Цей прилад виявляє вени, які розташовані під шкірою і глибше (до 12 мм) та показує їх цифрове зображення на поверхні шкіри. Сканер можна встановити на підставку, і тоді руки медичного працівника стають більш вільними для проведення маніпуляцій.

Сканер виділяє центральні лінії периферичних вен (рис. 26), а також зберігає зображення судинної системи, яке можна при потребі вивести на екран комп'ютера. Серед переваг – абсолютна безпечність для пацієнта, більш точний пошук поверхневих вен пацієнтів, у яких важко швидко знайти вени (немовлята, діти молодшого віку, діти з надмірною вагою, у пацієнтів із «зіпсованими» венами через часті венопункції, у дітей з астеноневротичним синдромом).

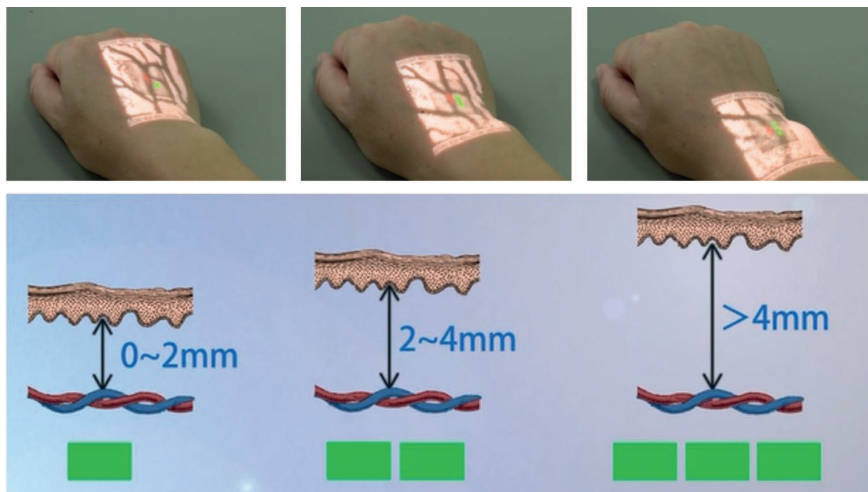


Рис. 26. Глибина розташування вен у дітей та їх візуалізація за допомогою венозного сканера.

Техніку використання венозного сканера при проведенні внутрішньовенних ін'єкцій дивіться у майстер-класі в посиланнях на відеоматеріали в кінці розділу.

4.14. Практичне застосування інсулінової помпи

Інсулінова помпа – унікальний прилад, який імітує роботу підшлункової залози при цукровому діабеті. Вона безперервно транспортує інсулін в організм, забезпечуючи повноцінну життєдіяльність пацієнтів. За допомогою інсулінової помпи можна запрограмувати будь-який режим дозування інсуліну, а користуючись різними болюсними режимами можна вживати практично будь-які продукти, мінімізуючи нутритивні обмеження.

Інсулінова помпа дає можливість безконтактної, безін'єкційної інсулінотерапії. Необхідність вводити катетер під шкіру скорочується до одного разу на 3–4 дні. Цей прилад вміщує в себе пристрій для безпосереднього цілодобового уведення інсуліну під індивідуальні потреби організму та прилад для контролю рівня глюкози в організмі дитини.

Установка інсулінової помпи здійснюється у місцях, де найбільш розвинена підшкірно-жирова основа:

- бічна поверхня стегна чи сідниці;
- бічна поверхня плеча;
- передня, передньобоківна або задньобоківна поверхня живота (рис. 27).

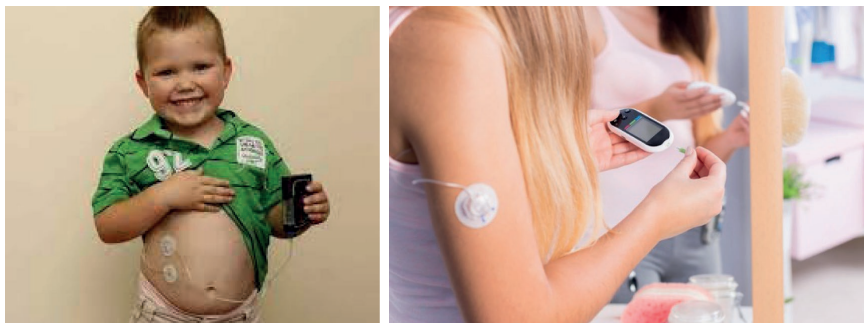


Рис. 27. Місця встановлення інсулінової помпи

Останні моделі інсулінової помпи у режимі реального часу контролюють рівень цукру в крові та всі значення зображаються на екрані пристрою (проводиться близько 300 вимірювань рівня глюкози в крові). **Інсулінова помпа має ряд переваг:**

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

Це дозволяє максимально точно прогнозувати дію введеного інсуліну та знижує ризик гіпоглікемії (подає сигнал тривоги, який попереджає пацієнта про наближення небезпечного рівня глікемії).

4.15. Облаштування «зони дезінфекції» в маніпуляційній

«Зона дезінфекції» – місце біля умивальника, на столику або на підлозі, де встановлені ємкості з дезінфікуючими розчинами для занурення в них відпрацьованих інструментів, серветок (ганчір'я) тощо. Деякі з медичних відходів передають для переробки, а інші – на утилізацію.

Маркування ємкостей:

- 1 ємкість «дезінфекція інструменту»;
- 2 ємкість «дезінфекція серветок» (ганчір'я);
- 3 ємкість «дезінфекція пластика» (шприци, системи тощо);
- 4 ємкість «дезінфекція голок – особливо небезпечно».

Ємкість для пластика застеляють перфорованим целофановим пакетом.

Перед скиданням у дезінфікуючий розчин шприц з голкою промивають два рази в ємкості «для голок», голку одразу знімають і залишають у ємкості. Шприц, не розбираючи, кладуть в ємкість «для дезінфекції пластика».

В ємкість «для дезінфекції пластика» скидають і відпрацьовані внутрішньовенні системи (їх не розрізають, а повністю занурюють у дезінфікуючий розчин), попередньо знявши голку і помістивши її в ємкість «для голок».

На ємкості для дезінфекції ріжучих і колючих медичних відходів обов'язково пишуть «особливо небезпечно». Голку відпрацьованого шприца знімати руками заборонено, для цього на кришці ємкості є пристосування – різьблена зірочка.

На кожній ємкості в «зоні дезінфекції» має бути інформація: що дезінфікують, назва дезінфектанту, концентрація, час експозиції.

Розчини для дезінфекції у маніпуляційному кабінеті:

Вид обладнання	Спосіб дезінфекції
1	2
Робочі поверхні	0,1 % розчин Тераліну 0,1 % розчин Санідезу

1	2
Шприці	0,2 % розчин Тераліну 0,2 % розчин Санідезу
Крапельниці	0,2 % розчин Тераліну 0,2 % розчин Санідезу
Ватки з кров'ю	0,2 % розчин Тераліну 0,2 % розчин Санідезу

Етапи дезінфекції та стерилізації у маніпуляційній.

1 етап. Дезінфекція.

Дезінфекцію проводять у маніпуляційній згідно з регламентом дезінфектанту за допомогою відповідного дезінфікуючого розчину з обов'язковою витримкою експозиції.

2 етап. Передстерилізаційне очищення.

Проводять у кілька етапів:

- інструменти занурюють на 15 хв у 3 % розчин двовуглекислого натрію (харчової соди), температура розчину має бути не нижче 18° С. Через 15 хв інструменти миють у цьому самому розчині губкою або пластиковою щіткою без ворсу. Розчин можна використовувати шість разів, якщо він не змінив колір;
- інструменти промивають проточною водою протягом 10 хв;
- потім інструменти промивають дистильованою водою протягом 0,5 хв.

3 етап. Сушіння інструментів.

Сушать інструменти при температурі 85° С у духовій шафі. Повітряні стерилізатори використовувати для сушіння заборонено. Закуповувати повітряні стерилізатори лише для сушіння – дорого, тому краще використовувати духові шафи з температурним реле.

4 етап. Сушіння в повітряному стерилізаторі.

Стерилізацію в повітряному стерилізаторі, якщо він розміщений у відділенні, можна проводити відкритим методом. Якщо ж він розміщений у централізованому стерилізаційному відділенні, то проводити стерилізацію у ньому можна тільки закритим методом.

У кінці зміни медична сестра увесь вміст ємкостей (після закінчення експозиції) перекладає в прозорий пластиковий контейнер відповідного розміру. До нього складають:

- інструменти (лотки, банки, затискачі, пінцети, шпатель, предмети для розкриття пляшок тощо);
- серветки (ганчір'я, вийняте з розчину).

Вага заповненого контейнера не повинна перевищувати 10 кг.

Потім медична сестра щільно закриває кришкою контейнер, укладає його в дві наволочки і передає в центральне стерилізаційне відділення на передстерилізаційне очищення, якому підлягають як інструменти, так і контейнер з кришкою.

Стерилізацію у центральному стерилізаційному відділенні лише закритим методом в повітряних стерилізаторах або будь-яким іншим методом, дозволеним Санітарними нормами № 552.

Якщо центральне стерилізаційне відділення обладнано для проведення повного циклу обробки, то в ньому виконують: передстерилізаційне очищення, прання серветок, сушку інструментів при температурі 85° С, пакування, стерилізацію.

Якщо є необхідні умови, прання може бути організовано і в пральні ЛПЗ.

Стерильний матеріал доставляють у відділення запакованим у біксах, спеціальних кошиках, пеналах, в яких їх стерилізували. Транспортують у двох наволочках (верхня для транспортування, середню – автоклавають).

Зверніть увагу, у маніпуляційних дозволено тільки дезінфекція. Хірургічний інструмент піддають стерилізації усіма дозволеними методами, крім відкритого в повітряному стерилізаторі.

4.16. Правила особистої гігієни у маніпуляційному кабінеті

Перед проведенням маніпуляцій із порушенням цілісності шкіри або слизових оболонок медична сестра мие руки та надягає чистий хірургічний халат, призначений тільки для проведення маніпуляцій.

На випадок розбризкування біорідин у кишені має бути медична маска і окуляри. Щодня вранці, а також у разі забруднення кров'ю або іншою біологічною рідиною, медична сестра змінює халат, який приготувала сестра-господарка відділення.

Перед і після кожної маніпуляції медична сестра має обробити руки антисептиком. Якщо під час проведення маніпуляції медична сестра забруднила руки, вона зобов'язана негайно зняти рукавички, ретельно вимити руки з милом і потім обробити їх антисептиком. Під час обробки рук варто керуватися наказом МОЗ «Про затвердження рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медперсоналу» від 21.09.2010 № 798 (далі – Наказ № 798).

4.17. Документація маніпуляційного кабінету

У маніпуляційних медична сестра веде облік: стерилізації, якщо стерилізацію проводять у відділенні – роботи бактерицидної лампи, генеральних прибирань, надходження та витрати дезінфікуючих розчинів і антисептиків, потреби в дезінфектантах (шляхом розрахунків). Крім цього, медична сестра має контролювати функціонування холодильника та заповнювати температурний лист його роботи.

Перелік документації маніпуляційного кабінету:

1. Журнал контролю дезінфекції приміщення.
2. Журнал контролю якості передстерилізаційної обробки (металевий інструментарій).
3. Журнал обліку відпрацьованого часу бактерицидних ламп.
4. Журнал обліку висушування скляних ємкостей (він не є обов'язковим).
5. Журнал контролю температури приміщення.
6. Журнал контролю аналізів крові (не є обов'язковим).
7. Журнал забору біохімії крові (не обов'язковий).
8. Журнал внутрішньовенних інфузій.
9. Журнал контролю генеральних прибирань.
10. Журнал обліку дезінфікуючих розчинів та антисептиків.
11. Температурний лист роботи холодильника.

Пакет журналів маніпуляційного кабінету на прикладі відділення дитячої ендокринології (див. у додатках).

Посилання на відеоматеріали за темою

Майстер – клас виконання внутрішньовенних ін'єкцій за допомогою венозного сканера

https://www.youtube.com/watch?v=3E5jy2U2a7o&ab_channel=%D0%B0%D1%84%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D1%96%D0%B0%D1%82%D1%80%D1%96%D1%974%D0%9D%D0%9C%D0%A3%D1%96%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%96%D0%9E.%D0%9E.%D0%91%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%86%D1%8F

Контрольні питання до теми

1. Організаційна структура маніпуляційного кабінету.
2. Мета, завдання, принципи маніпуляційного кабінету.
3. Яке зонування маніпуляційного кабінету?
4. Що таке «стерильна зона» маніпуляційного кабінету?
5. Що таке «чиста зона» маніпуляційного кабінету?
6. Що таке «зона пацієнта» маніпуляційного кабінету?
7. Що таке «зона обробки рук і поверхонь»?
8. Структура та оснащення маніпуляційного кабінету.
9. Способи дезінфекції інструментарію та обладнання в маніпуляційному кабінеті.
10. Постановки внутрішньовенного катетера (показання, техніка виконання).
11. Функціональні обов'язки медсестри маніпуляційного кабінету.
12. Принципи зонування функціональних поверхонь.
13. Основні правила та техніка виконання внутрішньошкірної ін'єкції.
14. Основні правила та техніка виконання підшкірної ін'єкції.
15. Основні правила та техніка виконання внутрішньом'язової ін'єкції.
16. Основні правила та техніка виконання внутрішньовенної ін'єкції.
17. Основні правила та техніка виконання внутрішньовенної крапельної інфузії.
18. Основні правила приготування дезінфікуючих розчинів.
19. Основні правила дезінфекції використаного інструментарію в маніпуляційному кабінеті.
20. Основні принципи комунікації з дітьми та їх законними представниками.

Тестові завдання

1. Виберіть правильний спосіб дезінфекції шприців після використання:
 - А) миття під проточною водою з подальшим замочуванням у 0,2 % розчині Тераліну
 - Б) замочування у 3 % розчині перекису водню
 - В) замочування у 0,2 % розчині Тераліну з подальшим миттям під проточною водою
 - Г) утилізація
2. Розчин хлористого кальцію заборонено вводити:
 - А) підшкірно
 - Б) внутрішньом'язово
 - В) всі відповіді вірні
3. Виберіть місце для виконання внутрішньошкірної ін'єкції:
 - А) верхній зовнішній квадрант сідничного м'яза
 - Б) передня поверхня передпліччя
 - В) зовнішня поверхня плеча
 - Г) зовнішня частина стегна
 - Д) нижній кут лопатки
4. Виберіть місце для виконання підшкірної ін'єкції:
 - А) навколопупкова ділянка
 - Б) нижній кут лопатки
 - В) зовнішня поверхня плеча
 - Г) зовнішня частина стегна
 - Д) всі відповіді вірні
5. Виберіть місце для виконання внутрішньом'язової ін'єкції:
 - А) нижній кут лопатки
 - Б) зовнішня поверхня плеча
 - В) зовнішня частина стегна
 - Г) верхній зовнішній квадрант сідничного м'яза
 - Д) всі відповіді вірні
6. Внутрішньовенно заборонено вводити:
 - А) вітамінні препарати
 - Б) олійні розчини
 - В) хлористий кальцій
 - Г) антибіотики
 - Д) всі відповіді вірні

7. Внутрішньом'язово заборонено вводити:
 - А) вітамінні препарати
 - Б) олійні розчини
 - В) хлористий кальцій
 - Г) антибіотики
 - Д) всі відповіді вірні
8. Кількість рідини, яка вводиться внутрішньошкірно:
 - А) 0,5 мл
 - Б) 0,1 мл
 - В) 1 мл
 - Г) 10 мл
9. Кількість рідини, яка вводиться підшкірно:
 - А) 2 мл
 - Б) 0,1 мл
 - В) 1 мл
 - Г) всі відповіді вірні
10. Пацієнтові необхідно ввести парентерально 100 мл рідини. Який із шляхів введення є доцільним?
 - А) підшкірний
 - Б) внутрішньом'язовий
 - В) внутрішньовенний струминний
 - Г) внутрішньовенний крапельний
 - Д) всі відповіді вірні
11. Після роботи робочі поверхні в маніпуляційному кабінеті необхідно протерти:
 - А) 3 % розчином перекису водню
 - Б) 96 % етиловим спиртом
 - В) 0,1 % розчином Тераліну
 - Г) 0,2 % розчином Тераліну
 - Д) 0,9 % розчином натрію хлориду
12. Перед виконанням ін'єкції шкіру пацієнта необхідно обробити:
 - А) 3 % розчином перекису водню
 - Б) 96 % етиловим спиртом
 - В) 0,1 % розчином Санідезу
 - Г) 0,9 % розчином натрію хлориду
 - Д) 0,2 % розчином Тераліну
13. Для замочування ваток після виконання ін'єкцій використовують:
 - А) 3 % розчин перекису водню

- Б) 96 % етиловий спирт
 - В) 0,1 % розчин Тераліну
 - Г) 0,9 % розчин натрію хлориду
 - Д) 0,2 % розчин Санідезу
14. Для замочування голок після виконання ін'єкцій використовують:
- А) 3 % розчин перекису водню
 - Б) 96 % етиловий спирт
 - В) 0,1 % розчин Тераліну
 - Г) 0,9 % розчин натрію хлориду
 - Д) 0,2 % розчин Тераліну
15. Вкажіть правильну послідовність дій при виконанні внутрішньовенної ін'єкції:
- А) затиснути кулак – накласти джгут – виконати пункцію вени – розкрити кулак – виконати ін'єкцію – зняти джгут
 - Б) накласти джгут – затиснути кулак – виконати пункцію вени – розкрити кулак – зняти джгут – виконати ін'єкцію
 - В) затиснути кулак – виконати ін'єкцію – накласти джгут – затиснути кулак
 - Г) накласти джгут – затиснути кулак – виконати пункцію вени – виконати ін'єкцію – розкрити кулак – зняти джгут

Рекомендована література

Основна література:

1. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навчальний посібник /за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. Київ : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.
2. <https://medplatforma.com.ua/article/1416-promivannya-shlunku-dtyam-rznogo-vku-algoritm-dlya-medsestri>
3. <https://medplatforma.com.ua/article/677-zavantajte-algoritm-vnutrshnovennogo-uvvedennya-lkv>

Додаткова література :

1. Медична справа – портал для керівників ЛПЗ, головних медсестер та заступників з медсестринства. URL: <https://www.medsprava.com.ua/>
2. Наказ №259 від 02.04.2013 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил». Санітарно-епідеміологічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0570-13#Text>



Розділ V

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ЛАБОРАТОРІЇ ТА ВІДДІЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДИТЯЧОГО СТАЦІОНАРУ

Актуальність

Чітка організація роботи медичної сестри лабораторії та функціональної діагностики педіатричного стаціонару сприяє підвищенню ефективності діагностичної та лікувальної роботи з дітьми, їх швидкому одужанню, а правильність ведення медичної документації забезпечує належний контроль за діяльністю даної установи.

5.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
	Лабораторія	Приміщення, обладнане та устатковане спеціальними приладами, пристроями для досліджень, контрольних аналізів
ЗАК	Загальний аналіз крові	Комплекс тестів, що дозволяють визначити кількість різних клітин крові, їх параметри і співвідношення між собою

1	2	3
ШОЕ	Швидкість осідання еритроцитів	Неспецифічний лабораторний показник крові, що відображає співвідношення фракцій білків плазми; зміна ШОЕ може служити непрямую ознакою поточного запально-го або іншого патологічного процесу
БАК	Біохімічний аналіз крові	Метод лабораторної діагностики, який дозволяє вивчити роботу внутрішніх органів та їх систем, а також процеси обміну речовин, які відбуваються в організмі
	ТЕСТ	Якісне визначення конкретного компонента в біологічному середовищі – кров, плазма, сеча та інші
АЛТ	Аланінаміно-трансфераза	Показник активності печінкового фермента
АСТ	Аспартат-амінотранс-фераза	Показник активності печінкового фермента
	ТИТР	Кількісне визначення концентрації субстрату в одиниці об'єму
ЕХО-КГ	Ехокардіо-графія	Неінвазивний метод дослідження серця та магістральних судин за допомогою ультразвука
МК	Мітральний клапан	Клапан між лівим передсердям та лівим шлуночком серця
ТрК	Трикуспі-дальний клапан	Клапан між правим передсердям та правим шлуночком
КАо	Клапан аорти	Клапан між лівим шлуночком та висхідною аортою
КЛа	Клапан легеневої артерії	Півмісяцевий клапан серця між правим шлуночком і легеневим стовбуром
ФВ	Фракція викиду	Показник, що визначає ступінь ефективності роботи серцевого м'яза під час удару
ЕЕГ	Електроенце-фалографія	Метод, який використовується для оцінки електричної активності в головному мозку
РВГ	Реовазографія	Метод дослідження, який відображає стан загального регіонарного кровотоку в досліджуваному органі (кінцівки)

1	2	3
РЕГ	Реоенцефалографія	Метод дослідження судинної системи головного мозку, що ґрунтується на записі величини електричного опору тканини
	Зіверт	Одиниця виміру опромінення відносно рентгена
БЕР	Біологічний еквівалент рентгена	Кількість будь-якого іонізуючого випромінювання, що за своєю біологічною дією відповідає 1 рентгенові рентгенівського або гамма-проміння
Рентген	Одиниця виміру опромінення	Традиційна одиниця експозиції вимірювання, що являє собою кількість випромінювання
УФО	Ультра-фіолетове опромінення	Невидиме оком людини електромагнітне випромінювання, що посідає спектральну ділянку між видимим і рентгенівським випромінюваннями в межах довжин хвиль 400-10 нм
УЗД	Ультразвукова діагностика	Діагностична процедура, яка виконується за допомогою УЗД-апарату і використовує звукові хвилі для створення зображень на екрані, що дозволяє лікарю переглядати внутрішні структури тіла
ЕКГ	Електрокардіографія	Метод функціональної діагностики, оснований на графічній реєстрації електричних явищ, які виникають у серці під час його діяльності
V1-V0	Грудні відведення ЕКГ	Однополюсні відведення реєструють різницю потенціалів між активним і позитивним електродом, встановленим у певних точках на поверхні грудної клітки і негативним об'єднаним електродом Вільсона
AVR AVL AVF	Посилені відведення від кінцівок права рука ліва рука ліва нога	Реєструють різницю потенціалів між однією з кінцівок, на якій встановлений активний позитивний електрод цього відведення (права рука, ліва рука або нога) і середнім потенціалом двох інших кінцівок
I II III	Стандартні відведення від кінцівок ліва (+) і права (-) рука ліва нога (+) і права рука (-) ліва нога (+) і ліва рука (-)	Двополюсні відведення, які реєструють різницю потенціалів між двома точками тіла, утворюють рівносторонній трикутник (трикутник Ейнтховена)

1	2	3
R-гр	Рентгенографія	Дослідження внутрішньої структури частини тіла, які відображаються за допомогою рентгенівських променів
R-ск	Рентгеноскопія	Метод рентгенологічного дослідження, при якому зображення об'єкта одержують на флюоресцентному екрані

5.2. Правила взяття біологічного матеріалу у дітей для лабораторних досліджень

Достовірність та практичне значення точних лабораторних досліджень крові, сечі, калу, слизу, соків та іншого матеріалу залежить не лише від техніки проведення аналізу, а й від того, наскільки правильно підготовлено хворого та взято матеріал для дослідження.

З дихальних шляхів – носа і зіва – беруть мазки для дослідження бактеріальної флори та її чутливості до антибіотиків, виявлення дифтерійної палички, а також змиви на наявність вірусів. Аналіз беруть асептично.

Набір для взяття мазків із зіва і **носа** складається із шпателя і стерильної пробірки, щільно закритої пробкою, через яку пропущено стержень з ватним тампоном на кінці. Такі пробірки виготовляють в бактеріологічній лабораторії і вони повинні бути у відділеннях в достатній кількості. Для змивів із зіва на вірус аналогічним способом підготовлені пробірки мають містити 3 – 5 мл фізіологічного розчину.

Для **збирання харкотиння** потрібна чиста суха скляна баночка з кришкою, для бактеріологічного дослідження матеріал збирають безпосередньо на живильне середовище в чашку Петрі. Дітям раннього віку потрібні також шпатель і металева паличка з тампоном на кінці.

Для **збирання сечі для загального аналізу** і за методом Нечипоренка потрібен одноразовий контейнер, для збирання сечі на стерильність склянка має бути стерильною і з металевою кришкою, для збирання сечі за Зимницьким потрібно 8 чистих склянок чи одноразових контейнерів.

Для збирання калу треба приготувати спеціальний одноразовий контейнер з ложечкою, для бактеріологічного аналізу – скляна ректальна трубка Цимана в стерильній пробірці з 3–5 мл фізіологічного розчину.

!!! Кожна пробірка чи контейнер з матеріалом повинні бути промарковані (підписані): вказується прізвище та ім'я дитини, вік, назва відділення і дата забору матеріалу.

Підготовка хворої дитини до маніпуляції

Мазки із зів'я і мокротиння збирають вранці до їди, до маніпуляції дитина повинна прополоскати рот розчином фурациліну (1:5000), маленьким дітям протирають ротову порожнину ватним тампоном, змоченим фізіологічним розчином.

Для збору сечі промежину ретельно промивають теплою водою з милом. Для бактеріологічного дослідження перед збором сечі зовнішні статеві органи обробляють розчином фурациліну.

Перед збиранням калу для копрологічного дослідження протягом 3–5 днів дитина не вживає препаратів заліза, вісмуту, таніну, барію, атропіну, карболену, рицинової олії, їй не ставлять свічок та клізм, не застосовують теплові процедури.

Методика взяття матеріалу для лабораторних досліджень

Взяття мазка з носа, ротоглотки (рис. 28), (див. розділ 9 навчального посібника 2-го курсу «Догляд за здоровою та хворою дитиною»).

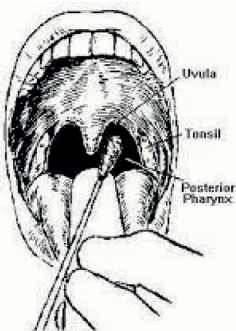


Рис. 28. Взяття мазка з носа та ротоглотки

Діти раннього віку не вміють відхаркувати і щоб зібрати мокроту треба відкрити дитині рота за допомогою обгорнутого марлею шпателя і вставити його між зубами. Медсестра лівою рукою натискає шпателем на корінь язика, провокуючи кашель, одночасно правою рукою вводить у порожнину рота металеву паличку з тампоном, не торкаючись слизової рота і язика. Здобує таким чином мокротиння разом з тампоном кладуть у стерильну пробірку або баночку і передають в лабораторію.

Змив із зів на вірус береться в таку ж скляну пробірку. Техніка взяття матеріалу така ж, як і при взятті матеріалу на флору, але тампон із зібраним матеріалом поміщається в попередньо налитий у пробірку фізіологічний розчин (5 мл).

Взяття сечі та калу (див. розділ 9 навчального посібника 2-го курсу «Догляд за здоровою та хворою дитиною»).

5.3. Параметри аналізів сечі та їх орієнтовна оцінка

У загальному аналізі сечі досліджуються органолептичні, фізико-хімічні, біохімічні, мікробіологічні властивості та проводиться мікроскопія осаду (табл. 3).

Таблиця 3

Показники дослідження аналізу сечі

Показник	Одиниці виміру	Норма	Примітка
1	2	3	4
Органолептичні властивості			
Діурез (кількість)	мл	Кількість доставлена в лабораторію	Вимірюється мірними засобами
Запах		Без запаху, або запах урини	Визначається суб'єктивно
Колір		Від солом'яного до насиченого жовтого	Визначається урохромами (продуктами обміну білірубіна уробіліна, урозеїна, уроернітрина)

<i>Продовження табл. 3</i>			
1	2	3	4
Прозорість		Прозора	Через баночку із сечею можна читати газетний текст
Наявність піни		При збовтуванні піна майже не утворюється, а якщо утворюється, то вона прозора і нестійка	Пінявість сечі аналізують шляхом збовтування. Густа стійка піна – це маркер наявності в сечі білка
Дослідження (мікроскопія) осаду сечі			
Еритроцити, лейкоцити	Кількість у полі зору	Залежить від статі та віку	Підрахунок в камері Горяєва
Епітелій: плоский, перехідний, нирковий	Кількість у полі зору	Тільки плоский в невеликій кількості	Мікроскопія осаду
Циліндри: гіалуранові, зернисті, восковидні, епітеліальні, еритроцитарні, лейкоцитарні	Кількість у полі зору	Тільки гіалуранові до 1 у полі зору	Мікроскопія осаду
Бактерії	Кількість	Відсутні	Мікроскопія осаду
Солі	Кількість	Відсутні	Мікроскопія осаду
Слиз	Кількість	Відсутній, може бути присутній у хлопчиків пубертатного віку в невеликій кількості	Мікроскопія осаду

У загальному аналізі сечі про інфекційно-запальний процес свідчить:

- Підвищення лейкоцитів – більше 6 у дівчаток та більше 4 у хлопчиків.
- Підвищення еритроцитів – більше 1 у полі зору.
- Наявність нітритів.
- Наявність бактерій (їх взагалі не повинно бути).
- Білок (не завжди).
- Слиз та епітелій (не завжди).

Оскільки в загальному аналізі сечі змінені показники можуть свідчити про наявність запального процесу в усій сечовій системі, на сьогодні **аналіз сечі за Нечипоренком** не втратив свою актуальність, особливо в педіатрії, як неінвазійний важливий метод діагностики.

Аналіз сечі за Зимницьким дозволяє оцінити функціональний стан нирок, а саме – концентраційну та екскреторну функції у порівнянні з показниками здорової дитини:

1. Денний діурез переважає над нічним (відповідно 2/3 до 1/3 від добового).
2. Відносна щільність сечі впродовж доби в різних порціях коливається в широких межах (більше 10).

Щоб визначити порушена **концентраційна функція** нирок чи ні, необхідно від максимальної з 8 показників відносної щільності відняти найменшу. Різниця має бути в нормі більше 10. (Наприклад $1026 - 1008 = 18$, це свідчить про те, що концентраційна функція нирок не порушена). У випадку порушення екскреторної здатності нирок – нічний діурез або переважає денний, або більше 1/3 від добового.

5.4. Підготовка пацієнта дитячого віку до аналізів крові та їх параметри

При підготовці до задачі загального аналізу крові, крові на цукор, біохімічних аналізів треба дотримуватись відповідних правил (див. розділ 9 навчального посібника 2-го курсу «Догляд за здоровою та хворою дитиною»). За оцінкою параметрів аналізу крові можна визначити ознаки захворювання (табл. 4).

Таблиця 4

Параметри аналізів крові та їх орієнтовна оцінка

Параметри	Визначення
1	2
Гемоглобін (Hb, hemoglobin)	Показує стан транспортування кисню до органів та тканин
Гематокрит (Ht, hematocrit)	Показує відношення формених елементів до плазми. Виражається у % і показує наскільки густа кров
Еритроцити	Червоні кров'яні тільця, які містять гемоглобін, відповідно функція транспорту кисню

<i>Продовження табл. 4</i>	
1	2
Кольоровий показник крові	Показує середню концентрацію в крові гемоглобіну
Еритроцитарні індекси	<p>MCV – середній об'єм одного еритроциту, (фл, ф-фемтолітри) = $(10^{-15}/л)$ 80–100 (N)</p> <p>MCH- середній вміст гемоглобіну в еритроциті, (пг, рг- пікограми) = (10^{-12}) = Цей показник відповідає кольоровому показнику. 27–35(N)</p> <p>MCHC – Середня концентрація гемоглобіну в еритроцитах (г/л) 310–360 (N)</p> <p>RDW – розподілення еритроцитів за об'ємом (індекс анізоцитозу)</p> <p>RDW-CV (%), вказує наскільки об'єм еритроциту відхиляється від середнього. 11,5–14,5 (N)</p> <p>RDW-SD (фл – фемтолітри), показує різницю між найменшим та найбільшим еритроцитом. 37–54 (N)</p>
Тромбоцити (PLT)	Кров'яні пластинки, які забезпечують згортання крові
Тромбоцитарні індекси (визначаються тільки при венозному заборі)	<p>PLT (platelet count) – кількість тромбоцитів, норма 180- 320×109/л</p> <p>MPV (mean platelet volume) – середній об'єм тромбоцитів, норма 7–10 фл</p> <p>PCT (platelet percentage) – тромбокрит, відображає яку частину об'єму цільної крові займають тромбоцити. норма 0,15–0,40 %</p> <p>PDW (ширина розподілу тромбоцитів) – показник гетерогенності (анізоцитозу) тромбоцитів, 10–20 %</p> <p>PDW-CV (platelet distribution width) – широта розподілу популяції тромбоцитів, норма 15–20 %</p> <p>PDW-SD (platelet distribution width) – широта розподілу популяції тромбоцитів, норма 12 ± 2 фл.</p> <p>P-LCR – коефіцієнт великих тромбоцитів, (розміром більше 12 фл) 15–35 %</p> <p>P-LCC – кількість великих тромбоцитів</p>
Лейкоцити (WBC)	Білі кров'яні тільця, основною функцією яких є захист організму від чужорідних агентів (мікробів, бактерій і вірусів)
Нейтрофіли (NEUT)	Забезпечують боротьбу з бактерійними інфекціями та видаленням загинувших клітин в результаті цієї боротьби. В крові присутні сегментоядерні та невелика кількість паличкоядерних нейтрофілів. Діагностичне значення мають такі зміни, як: зсув вліво (збільшення у крові паличкоядерних нейтрофілів) та зсув вправо (збільшення у крові лімфоцитів).

Продовження табл. 4

1	2
Еозинофіли (EOS \ EOSIN)	Різновид лейкоцитів, що показує наявність алергічної реакції
Базофіли (BASO)	Так звані «тучні клітини», які беруть участь у запальних процесах та алергічних реакціях
Лімфоцити (LYM)	Беруть участь у процесі синтезу антитіл
Моноцити (MONO)	Виконують функцію видалення чужорідних часток та непрацездатних клітин, беруть участь у запальних процесах та знищенні бактерій
Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ)	Відхилення даного показника від норми свідчить про наявність запального або патологічного процесу в організмі людини

У біохімічному аналізі зазвичай визначаються такі параметри:

Параметри	Одиниці виміру	Визначення
1	2	3
загальний білок і його фракції	г/л	Відповідає за транспортування речовин у кров'яному руслі (гормонів, поживних речовин, лікарських препаратів), і підтримка рівня необхідного онкотичного тиску в крові
сечовина	ммоль/л	Речовина, що виникає в результаті розпаду молекул білка. Відображає функцію нирок
креатинін	ммоль/л	З'єднання, яке синтезується в ході білкового обміну в м'язах. Важливий для визначення стану функції нирок
білірубін	мкмоль/л	Пігмент, який показує рівень розпаду гема в гемоглобіні
ферменти (альфа-амілаза, аланінамінотрансфераза (АЛТ), аспартатамінотрансфераза (АСТ) панкреатична амілаза, діастаза, ліпаза	од/л	Є індикаторами стану легень, печінки, підшлункової залози і серця

1	2	3
холестерин	ммоль/л	Забезпечує нормалізацію жирового обміну, засвоєння вітаміну D, бере участь у синтезі гормонів
ліпопротеїди	г/л	Білкові речовини, які відповідають за перенесення ліпідів
Електроліти: магній, калій, хлор, натрій і кальцій та мікроелементи: залізо	ммоль/л	Мікроелементи, які беруть участь у транспортуванні поживних речовин в клітини, активацію ферментативних функцій в організмі, що впливають на кислотно-лужний баланс, обміні мікроелементів в організмі
глюкоза	ммоль/л	Ознака захворювання на діабет, також свідчить про порушення гормонального фону
Гострофазові показники: С-реактивний білок, РФ, АСЛО	МО/мл	Свідчить про наявність в організмі запальних вогнищ
Лужна фосфатаза	МО/мл	Фермент, визначають для діагностики патологічних станів в гастроентерології, ортопедії, онкології, ендокринології

5.5. Дослідження клініко-діагностичної лабораторії

У клініко-діагностичній лабораторії досліджують біоматеріал, який беруть у хворої дитини: кров, сеча, мокротиння, кал, жовч, шлунковий сік, секрет слизової оболонки носа, зівя, гній при наявності відповідного процесу.

У спеціалізованих лабораторіях проводять дослідження частинок окремих тканин – біопсію слизових оболонок дихальної системи, шлунково-кишкового тракту. Окремі дослідження необхідно проводити в лабораторіях спеціального призначення, тому в лікарняній лабораторії беруть забір матеріалу і відправляють у відповідні лабораторії для визначення таких показників, як Д-дімер при ковідній інфекції, гормонів щитоподібної залози – Т3,

T4, гормону СТГ, дослідження для виявлення СНІДу та ін. Нині вже існують лабораторії по генетичній модифікації лімфоцитів, діагностиці на клітинному рівні, визначенню великої кількості медіаторів запалення тощо.

Результати аналізів реєструють на відповідних блоках і заносяться в окремі журнали-реєстрації результатів аналізів крові, сечі, біохімічних досліджень, цукру крові, калу, шлункового соку, жовчі та інших.

5.6. Функціональні обов'язки медсестри-лаборанта клініко-діагностичної лабораторії

1. Проводити забір матеріалу на дослідження у відповідності до призначень лікуючого лікаря та правил забору матеріалу.
2. Проводити лабораторні дослідження біологічного матеріалу згідно з метою, вказаною в направленні лікаря.
3. Готувати робоче місце для забору біологічного матеріалу та проведення дослідження.
4. Проводити обробку лабораторного посуду і дезактивацію біологічного матеріалу після досліджень у 0,2 % розчині економ-дезактиву.
5. Працювати в спеціальному одязі та гумових рукавичках, дбати про особисту безпеку та пацієнтів.
6. Рационально використовувати реактиви, лабораторний посуд та апаратуру.
7. Реєструвати виконувані дослідження та їх результати.
8. Записувати результати досліджень на спеціальних бланках та передавати лікарям, медсестрам.
9. Забезпечувати конфіденційність інформації про хворого.
10. Знати та виконувати: правила користування апаратурою та обладнанням лабораторії, слідкувати за їх справністю.
11. Складати заявки на придбання реактивів, які закінчуються.
12. Роз'яснювати середнім медичним працівникам та хворим правила підготовки до здачі біологічного матеріалу для дослідження.

5.7. Підготовка хворих дітей та проведення рентгенологічного обстеження внутрішніх органів

Необхідний інструментарій до рентгенологічного обстеження:

- 1) сірчаноокислий барій, йод (70 % розчин трийодтрасту, 60 % розчин уротрасту) та інші контрастні речовини;
- 2) переварена вода;
- 3) гумовий балон для клізми;
- 4) кухоль Есмарха;
- 5) вазелін;
- 6) пелюшки;
- 7) шприц одноразовий (20мл);
- 8) спирт;
- 9) вата;
- 10) джгут гумовий.

Підготовка хворої дитини до рентгенологічного обстеження

За три дні до процедури з дієти хворого вилучають продукти, які посилюють газоутворення (чорний хліб, молоко, бобові та інше). Напередодні хворий вечеряє не пізніше 20-ї години, а також протягом доби хворому дають обмежену кількість їжі, особливо важко перетравлюваної.

Медикаментозна підготовка хворих: якщо у хворого відмічається схильність до метеоризму, то протягом 3 днів йому дають настій ромашки або олійне проносне, сульфат магнію, сіль Барбара та інше. Техніка виконання очисної клізми (див. відповідний розділ).

Техніка виконання рентгенологічного дослідження стану слизової оболонки шлунка і кишечника:

Дослідження стану слизової оболонки шлунка і кишечника проводять шляхом введення сірчаноокислого барію (100 г на 150 мл теплої перевареної води). Для дослідження шлунка і тонкого кишечника зв'яз барію дають випити перед дослідженням невеликими ковтками. Рентгенологічне дослідження товстої кишки проводять через 24 години після дослідження верхніх відділів травного тракту. Цей засіб не потребує спеціальної підготовки.

Техніка виконання іригографії

Підготовка до іригографії проводиться аналогічно іншим рентгенологічним дослідженням кишково-шлункового тракту. Проводять введення сірчаноокислого барію (100 г на 150 г теплої перевареної води). Вводять зв'яз у відхідник. Щоб зменшити подразливу дію сірчаноокислого барію на слизову оболонку товстого кишечника готують суміш цієї контрастної речовини з картопляним крохмалем або таніном.

Підготовка до рентгенологічного дослідження жовчного міхура та жовчних ходів (холецистографія)

Холецистографія може бути оральною і внутрішньовенною. Вона здійснюється шляхом введення в організм дитини контрастних речовин і виконання серії рентгенівських знімків. За 2–3 дні до процедури з харчового раціону вилучають багату на вуглеводи їжу, молоко, борошняні вироби, тричі на день призначають настій ромашки. Увечері і вранці (за 2–3 години до холецистографії) ставлять очисну клізму. Крім того, напередодні визначають чутливість хворого до контрастного препарату. Поява свербіння, висипу, підвищення температури тіла та інших симптомів свідчить про те, що хворий не переносить препаратів йоду. При оральній холецистографії за 12 годин до її проведення хворому дають контрастні речовини через рот. Підготовка аналогічна описаній вище.

У день дослідження в рентгенівському кабінеті хворому дають жовчогінний сніданок (ячні жовтки) з метою визначення ступеня скорочення жовчного міхура, прохідності жовчних протоків.

Підготовка хворого до екскреторної урографії та цистографії

Звільнення кишечника від калових мас та газів. Дослідження роблять натще. Увечері дитині роблять високу очисну клізму, до чистих вод, вранці, не раніше ніж за 7 годин до початку дослідження, ставлять знову очисну клізму. У зв'язку з тим, що до складу контрастних речовин входить йод (70 % трийодтрасту, 60 % розчин уротрасту та ін.), за добу до дослідження треба визначити чутливість організму до контрастної речовини. Пробу роблять внутрішньовенним

способом (згідно з інструкцією). У випадку реакції дитини на введення препарату (алергічний висип, кон'юнктивіт, нудота, підвищення температури) рекомендовано протягом тижня провести десенсибілізуючу терапію, а потім знову повторити пробу на чутливість.

Журнали медсестри рентгенологічного відділення:

1. Основним є журнал рентгенологічних досліджень, в який медсестра записує хворих, яким проводиться обстеження. До журналу заносяться такі дані: дата обстеження, ПІБ, місце проживання, вік, ким направлений, № медичної картки, діагноз клінічний, вид обстеження, опис обстеження, число знімків, висновок рентгенолога, доза опромінення Зіверт.
2. Журнал обліку виконаних процедур і витрати матеріалів (рентгеноплівки, хімічні речовини, розчини).
3. Журнал контролю технічного стану апаратури.
4. Журнал обліку інструктажів з техніки безпеки.

При проведенні рентген-діагностичних процедур у кабінеті повинен знаходитися тільки хворий (присутність інших осіб заборонена), медсестра і лікар перебувають за захисним екраном в кімнаті управління роботою апаратури.

Дитину молодшого віку під час обстеження треба фіксувати, тому дозволяється присутність батьків. Їм медсестра детально пояснює як треба фіксувати ту чи іншу частину тіла під час обстеження.

При проведенні дослідження у вертикальному стані, хворого встановлюють перед екраном, сам екран із джерелом променів локалізують над необхідною зоною обстеження і так залишають пацієнта на 1–2 хвилини, поки буде включення апарата. При дослідженні легень хворого просять зробити вдих і затримати видих на 2–3 секунди.

Під час процедури статеві залози захищають спеціальними прокладками з товстої гуми та свинцю.

Перед проведенням екстреної урографії увечері і вранці в день обстеження ставлять очисну клізму. Безпосередньо на рентгеновському столі внутрішньовенно вводять контрастну речовину – урографін чи верографін і через хвилину роблять перший знімок, потім

через кожні 4 хвилини ще 3 знімки. Таким чином визначають форму сечоводів, сечового міхура, час наповнення.

Рентгеноскопію і колонрентгенографію нині не проводять у зв'язку з появою можливості замінити їх сучасними візуальними приборами – гастро-дуоденоскопом і фіброколоноскопом.

Нині існують компактні мобільні рентген-апарати, які можна перемістити безпосередньо в палату до ліжка хворого для проведення рентгенографії на невеликих ділянках тіла – обличчя, голова, кисті рук, стопа.

У кожної медсестри в нагрудній кишені у робочий час знаходиться дозиметр випромінювання, який перевіряє відповідна служба 1 раз на 3 місяці. На дозиметрі фіксуються променеві навантаження лаборанта за робочий час у зівертах.

5.8. Функціональні обов'язки медсестри рентгенкабінету

1. Допомогати лікарю-рентгенологу в проведенні рентгенологічних досліджень, організації роботи рентгенологічного кабінету та проведенні рентгенологічних досліджень в межах своєї компетенції.
2. Підготувати перед початком прийому пацієнтів робоче місце, медичну документацію, контрастні речовини, рентгенологічний апарат, перевірити стан вимірювальних приладів та систем.
3. При необхідності допомогати хворим підготуватися до обстеження.
4. Разом з лікарем – рентгенологом брати участь у проведенні рентгеноскопії та складних рентгенографій.
5. Самостійно проводити звичайні рентгенографії кістково-суглобного апарату, фотообробку рентгенограм.
6. Слідкувати за дозою рентгенівського випромінювання, яку повинен отримати хворий, точно виконувати призначення лікаря-рентгенолога.
7. Згідно з наказом МОЗ від 19.06.1990 р. № 118. «Про заходи щодо зниження дозових навантажень на населення при проведенні профілактичних та діагностичних рентгенологічних обстежень органів грудної порожнини» вести розрахунок дози, яку отри-

- мав хворий внаслідок рентгенологічних досліджень. Результати дозових навантажень реєструвати у листку обліку дозових навантажень медичної амбулаторної картки хворого, а також у медичній документації рентгенологічного відділення.
8. Знаходитися біля пульта керування та слідкувати за показниками приладів під час дослідження пацієнта за екраном.
 9. Не залишати увімкнену апаратуру без нагляду.
 10. Слідкувати, щоб на рентгенівський апарат не давалися навантаження, що перевищують нормативні дані.
 11. При виявленні несправності рентгенівської апаратури записати недоліки в контрольно-технічний журнал, подати заявку на ремонт медтехнікам, доповісти про несправність завідувачу відділенням.
 12. Проводити збір та здачу срібловмісних відходів, керуючись діючими інструкціями.
 13. Вести необхідну обліково – звітну документацію.
 14. Готувати хімічні розчини для фотообробки рентгенівських плівок, точно дотримуватись інструкцій приготування розчинів.
 15. Готувати сульфатно – барвні розчини для рентгеноскопії органів шлунково – кишкового тракту.
 16. Раціонально використовувати рентгенівські плівки.
 17. Слідкувати за збереженням медичного та господарського обладнання.
 18. Забезпечувати санітарно-гігієнічний режим у відділенні.
 19. Роз'яснювати хворим та медсестрам способи та порядок підготовки до рентгенологічних досліджень.
 20. Забезпечувати конфіденційність інформації про хворого.
 21. Працювати у спеціальному медичному одязі.

5.9. Методи дослідження, які проводяться у відділенні функціональної діагностики дитячого стаціонару

До повного переліку можливих методів інструментальної діагностики, які проводяться на базі відділення функціональної діагностики, належать наступні.

1. Методи дослідження серцево-судинної системи:
 - електрокардіографія;
 - велоергометрія;
 - фонокардіографія;
 - ехокардіографія;
 - реовазографія;
 - холтер ЕКГ;
 - холтер АТ.
2. Методи дослідження шлунково – кишкового тракту:
 - ультразвукове дослідження печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, селезінки;
 - гастроентерологічна ендоскопія;
 - термографія.
3. Методи дослідження сечової системи:
 - ультразвукове дослідження нирок, сечового міхура;
 - урофлоуметрія.
4. Методи дослідження нервової системи:
 - електроенцефалографія;
 - реоенцефалографія;
 - кардіоінтервалографія;
 - електроміографія.
5. Методи дослідження ендокринної системи:
 - ультразвукове дослідження щитоподібної залози, наднирників, грудних залоз, мошонки.
6. Методи дослідження жіночої статеві сфери:
 - ультразвукове дослідження органів малого таза.
7. Методи дослідження легень:
 - спірографія.
8. Функціональні і фармакологічні проби, які використовуються в
 - діагностичній роботі;
 - фармакологічні проби при електрокардіографії;
 - проба із затримкою дихання при електроенцефалографії;
 - ультразвукове дослідження жовчного міхура з жовчогінним сніданком;

- гіпервентиляція і фоно-фото-стимуляція при електроенцефалографії.

Всі дослідження виконуються на сучасній апаратурі.

5.10. Функціональні обов'язки медичної сестри відділення функціональної діагностики

1. Правильне та своєчасне виконання всіх діагностичних досліджень, що проводяться у відділенні, згідно з призначенням лікарів.
2. Чітко дотримуватись прийнятих методик.
3. Реєструвати пацієнтів та проведені дослідження, вести встановлену медичну та службову документацію.
4. Виконання і підтримування заходів з санітарно-епідеміологічного режиму.
5. Догляд за технічним станом апаратури, а при необхідності проведення дрібного ремонту.
6. Дотримання правил з техніки безпеки та охорони праці.
7. Заповнювати звітну документацію, в кінці кожного місяця робити місячний звіт по прийому хворих.

Повинна вміти:

1. Готувати пацієнтів до функціональних досліджень та допомагати лікарю у їх проведенні, зокрема контролювати стан хворого.
2. За необхідності самостійно виконувати дослідження із застосуванням методів функціональної діагностики (електрокардіографія, спірографія тощо), здійснювати попередні розрахунки для аналізу, реєструвати та передавати дистанційну електрокардіограму.
3. Готувати діагностичну та допоміжну апаратуру до роботи, контролювати її належний стан, під час експлуатації дотримуватись техніки безпеки.
4. Володіти усіма методиками, які проводяться в кабінеті.
5. Надавати долікарську медичну допомогу при невідкладних станах, оцінювати стан потерпілого, визначати послідовність дій щодо його порятунку.

5.11. Оснащення та документація відділення функціональної діагностики

Відділення функціональної діагностики включає в себе кімнати для прийому і проведення обстежень пацієнтів, підсобне приміщення.

Стандарти оснащення кабінету функціональної діагностики:

- стіл;
- робоче крісло;
- ростомір;
- кушетки;
- канцелярські прилади;
- електрокардіографи;
- комплекс автоматизований для зняття ЕКТ 100/2 (комп'ютер);
- шафа для медичної літератури;
- комплекс автоматизований для проведення РЕГ.

Документація:

- журнал реєстрації функціональних досліджень кабінету ЕКТ;
- журнал реєстрації проведених досліджень РЕГ;
- журнал обліку витратних матеріалів по кабінету;
- журнал обліку роботи бактерицидних ламп;
- журнал реєстрації аварійних ситуацій.

У кімнаті для прийому знаходяться столи та стільці, у кімнатах обстеження – кушетки та необхідне обладнання. У підсобній кімнаті знаходиться промаркований відповідно до призначення інвентар для щоденних та генеральних прибирань.

5.12. Оснащення та документація кабінету ультразвукової діагностики

Кабінет ультразвукової діагностики включає в себе кімнату для проведення обстеження пацієнтів і підсобну кімнату.

Стандарти оснащення кабінету УЗД:

- стіл;
- стілець;
- кушетка;
- канцелярське приладдя;
- УЗД апарат;

- комплекс автоматизований для проведення роздрукування висновків;
- обмежувач імпульсних напруг.

Документація:

- журнал реєстрації досліджень і хворих кабінету УЗД.

У кімнаті для прийому є столи та стільці, необхідне для обстеження обладнання. У підсобній кімнаті знаходиться промаркований відповідно до призначення інвентар для щоденних та генеральних прибирань.

5.13. Підготовка хворих дітей до проведення гастроентерологічної ендоскопії та ультразвукового дослідження органів черевної порожнини

Фіб्रोезофагогастродуоденоскопія дозволяє оцінити стан слизової оболонки стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки. Виконується вранці натще і спеціальної підготовки не потребує. В ендоскопічний кабінет хворий приходить з рушником. Важливе значення має психологічна підготовка до обстеження. Хворому пояснюють суть обстеження, попереджають, що під час обстеження не можна розмовляти, ковтати слину. Перед обстеженням слизову оболонку глотки зрошують з пульверизатора 2 % розчином дикаїну. Їсти дозволяється через 1–1,5 години після закінчення процедури.

Колонофіброскопія – метод огляду слизової оболонки товстого кишечника. Протипоказаннями до колоноскопії є тяжкі форми неспецифічного виразкового коліту і хвороби Крона, при яких є небезпека профузної кровотечі і перфорації, а також гемофілія, гострі захворювання черевної порожнини з явищами перитоніту, гострі інфекційні захворювання, легенева і серцева недостатність. Підготовку до цього дослідження починають за 2–3 дні, з харчового раціону вилучають продукти, які посилюють газоутворення. Призначають діету зі значним вмістом м'яса, риби, білкового омлету, рису, гречки. Напередодні дослідження після обіду дають проносне (рицинову олію), увечері двічі з інтервалом

в 1–1,5 години ставлять очисну клізму. Вранці за 2–2,5 години до дослідження знову роблять очисну клізму, а при необхідності ставлять газовідвідну трубку на 10–15 хв.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини потребує спеціальної підготовки, яка включає діету з обмеженням продуктів з високим вмістом шлаків (чорний хліб, сирі овочі, фрукти), а також молока. Призначають карболен (від 3 до 5 таблеток на добу). Очисну клізму ставлять безпосередньо в день дослідження, яке проводять вранці натще.

5.14. Функціональні обов'язки медсестри електрокардіографічного кабінету та техніка проведення дослідження

Щодня, перед початком роботи, медсестра зобов'язана провести поточну дезінфекцію у кабінеті. Для дотримання безпечного санітарно- епідеміологічного режиму медсестра включає лампи УФО на 30 хв. Підлогу миють водою з 0,2 % розчином санідезу; поверхні меблів, столів, клейонні кушетки обробляють 0,05 % розчином саніліну. Для знезараження використаних серветок і тампонів застосовують 0,2 % розчин економ-дезактиву. Руки обробляють антисептиком для рук – економорез (для рук), або економ DEZ-лайт.

Потім медсестра підключає апарати до електромережі і перевіряє їх дієздатність, робить пробний запуск. Далі необхідно приготувати і обробити спиртом стандартні та грудні відведення.

На кушетку викладається дитина роздягнена по пояс, з оголеними стопами і кистями. На руки, ноги і ділянку серця накладаються електроди, дитину просять заспокоїтись, включається апарат і протягом 30 секунд записується ЕКГ- електрокардіограма. Медсестра під час запису слідкує, чи у всіх відведеннях зображення зубців відповідає загальним стандартам. Якщо в якомусь відведенні немає запису електросигналів, вона зупиняє запис і перевіряє правильність накладання електродів.

Електрокардіограма – це запис сумарного електричного потенціалу, що виникає при збудженні багатьох міокардіальних клітин.

Для запобігання технічним помилкам і похибкам при записуванні ЕКГ необхідно звернути увагу на правильне накладання електродів та їх контакт зі шкірою, заземлення та інші фактори, які здатні викликати порушення кривої.

При реєстрації ЕКГ зазвичай записують 12 загальноприйнятих відведень: 6 від кінцівок і 6 грудних. Електроди при цьому накладають таким чином:

I відведення – ліва рука (+) і права рука (-);

II відведення – ліва нога (+) і права рука (-);

III відведення – ліва нога (+) і ліва рука (-).

Реєструють також посилені відведення від кінцівок: AVR- від правої руки , AVL – від лівої руки і AVF- від лівої ноги. AVL в N подібне з I відведенням, AVR – з дзеркально перевернутим II відведенням, AVF подібне з II і III відведенням.

Шість грудних відведень позначають V1 – V6. Електроди ставлять на такі точки:

V1 – у IV міжребер'ї біля правого краю грудини;

V2 – у IV міжребер'ї біля лівого краю грудини;

V3 – посередині між точками V2 і V4;

V4 – у V міжребер'ї по лівій середньо – ключичній лінії;

V5 – на рівні відведення V4 по лівій передній аксилярній лінії;

V6 – на тому ж рівні по лівій середній аксилярній лінії.

У деяких випадках реєструють додаткові грудні відведення. До них відносяться крайні ліві відведення V7, V8, V9, коли активний електрод розташований на рівні відведень V4 – V6 по задній аксилярній лінії, лопаточній, паравертебральній лініях. При діагностиці вогнищевих уражень високих відділів передньої і бокової стінок лівого шлуночка використовують «високі» грудні відведення V1, V2, V3, V4, які реєструють по тих лініях, що і звичайні грудні відведення, але на 2 міжребер'я вище. Інколи грудні відведення реєструють на одне-два міжребер'я нижче звичайного рівня (рис. 29).

Реєстрація ЕКГ по Небу

Досить часто в клінічній практиці використовують двополюсні грудні відведення по Небу. Електроди при цьому розміщують у трьох

точках. Реєструють 3 відведення по Небу, які пишуть великими латинськими літерами D (Dorsalis), A (Anterior), I (Inferior). Для їх реєстрації використовують електроди, що використовуються для запису ЕКГ у стандартних відведеннях. Електрод, що приєднується до правої руки – червоний колір, до лівої руки – жовтий, до лівої ноги – зелений.

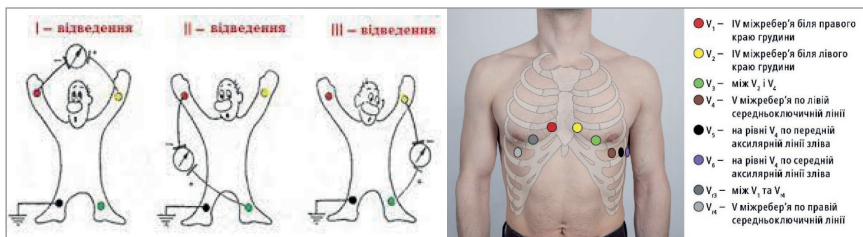


Рис. 29. Місія накладання електродів при проведенні кардіограми

Для реєстрації відведень по Небу:

- червоний електрод ставлять у II міжребер’ї справа від грудини;
- жовтий електрод – на рівні відведення V7 (на рівні верхівки серця на задній підпаховій лінії);
- зелений електрод – на рівні V4 (біля верхівки серця).

Коли ставлять перемикач відведень на I стандартне відведення записують ЕКГ у відведенні Dorsalis, II стандартне відведення записують у відведенні Anterior, III – у Inferior.

Відведення Dorsalis – діагностика вогнищевих змін у ділянці задньої стінки лівого шлуночка.

Anterior – діагностика інфарктів передньої стінки лівого шлуночка.

Inferior – діагностика інфарктів нижніх відділів передньо-бокової стінки.

Реєстрація ЕКГ по Слапаку:

Для виявлення вогнищевих змін в задньобазальній ділянці лівого шлуночка рекомендують застосовувати двополюсні грудні відведення по Слапаку. Електрод від лівої руки розташовують на рівні V7, (по лівій задній аксиллярній лінії). Електрод від правої руки розміщують почергово в 4 точках у другому міжребер’ї зліва:

- 1 – біля лівого краю грудини;
- 2 – на середині відстані між точками 1 і 3;
- 3 – по середньо-ключичній лінії;

4- по передній аксиллярній лінії.

При цьому реєструються 4 відведення, які записують – S1 – S4.

5.15. Методика проведення реоенцефалографії, реовазографії, електроенцефалографії

Реоенцефалографія

Реоенцефалографічне дослідження проводиться в лежачому положенні, сидячому та напівсидячому. Найчастіше застосовують відведення фронтально-мастоїдальні FM і окципіто – мастоїдальні OM. FM визначають кровонаповнення в басейні внутрішньої сонної артерії. OM визначають кровонаповнення у басейнах хребетної артерії.

Лобні електроди накладають на ділянку лобних бугрів так, щоб центри електродів співпадали з центрами зрачкових, а нижні краї електродів знаходились на 1 см вище надбрівних дуг. Мастоїдальні M електроди накладають на ділянку сосцевидних відростків скроневих кісток так, щоб центри електродів співпадали з найбільш випуклою частиною відростка.

Потиличні електроди накладають на край великого потиличного отвору, між верхніми і нижніми вийними лініями потиличної кістки з обох сторін від середньої лінії.

Реовазографія

Реовазографія дає можливість визначити кровонаповнення і тонус судин верхніх і нижніх кінцівок. Реовазографія проводиться в положенні лежачи. Реєструють реограму верхніх і нижніх кінцівок.

На передпліччі один електрод фіксують нижче ліктьового суглоба на рівні нижнього краю ліктьової ямки по передній поверхні, а другий – на рівні променевоzap'ясткового суглоба. Для реєстрації реограми кисті накладають один електрод на ділянку променевоzap'ясткового суглоба. Другий електрод може бути накладений поперек усієї кисті на рівні п'ястно-основних суглобів 2–3 пальців або біля основи 3-го пальця. При цьому струменеві (червоні) електроди повинні бути направлені в сторону пальців рук і плеча хворого. На гомілку один електрод накладають на рівні верхнього краю

бугристості великої гомілкової кістки, другий – над внутрішньою і зовнішньою кісточками.

На стопі один електрод розміщують на те ж саме місце, що і нижній електрод на гомілці. Другий на рівні плюсназагальних суглобів 1–5 пальців. При цьому струменеві (червоні) електроди повинні бути направлені в сторону пальців ніг і живота хворого.

Електроенцефалографія

Електроенцефалографія – це реєстрація електричних потенціалів головного мозку (реєстрація різності потенціалів між двома точками поверхні голови).

Ця методика показана при діагностиці епілепсії, пухлинах головного мозку, запальних процесах, черепно-мозкових травмах, захворюваннях судинного характеру. ЕЕГ проводиться в ранковий час, через 2 години після їди, в день обстеження не приймати медикаменти, які можуть вплинути на результат.

Положення хворого при ЕЕГ лежаче або напівсидяче, електроди для ЕЕГ накладаються на голову за допомогою гумової шапочки. Волосся прочісувати, шкіру протирати спиртом. Електроди розташовують симетрично, відносно середньої лінії голови. Відстань між сусідніми електродами повинна бути однаковою.

Використовують монополярні відведення (активний електрод над головним мозком, неактивний – на мочці вуха), біполярні відведення (обидва електроди над головним мозком « + », « - »).

Схема накладання електродів:

Непарними цифрами визначають електроди лівої половини голови, парними – правої половини голови.

F1–2 – фронтальні або лобні

C 3–4 – центральні

P 5–6 – тім'яні

O 7–8 – потиличні

T – височні-скроневі (темпоральні) з кожної сторони по 3

T 9–10 – передні

T 11– 12 – середні

T 13–14 – задні.

На мочці вух накладаються вушні електроди A1 – A2.

На краї очей накладаються два електроди для реєстрації руху очей.

На руку пацієнта накладається електрод заземлення. При реєстрації ЕЕГ використовують функціональні проби для виявлення реакції мозку на зовнішні подразники, бо здоровий і хворий мозок реагує по різному.

Проби:

- 1) відкривання і закривання очей;
- 2) світлові подразники (фотостимуляція з використанням коротких спалахів світла лампи на відстані від закритих очей 25–30 см);
- 3) звукові подразники (фотостимуляція у вигляді ритмічних звуко-сигналів різної гучності);
- 4) проба з гіпервентиляцією проводиться в кінці обстеження. Треба глибоко і ритмічно дихати 16–20 в 1хв протягом 3 хв. Проба припиняється при появі на ЕЕГ епіпентичних сигналів активності.

5.16. Санітарно-епідеміологічний режим у відділенні функціональної діагностики

1. Вологе прибирання та протирання всіх поверхонь 0,015 % розчином санідезу.
2. Провітрювання кабінету.
3. Після кожного пацієнта: мити руки з милом під проточною водою, потім обробити асептичним препаратом до повного висихання; електроди обробити 70 % спиртом; кушетку для обстеження протерти 0,015 % розчином санідезу.
4. У кінці прийому відпрацьований матеріал (ватні кульки, ганчірка) замочуємо в 0,1 % розчині санідезу на 1 годину. Потім розчин вилити, ватні кульки викинути в бак для біовідходів, а ганчір'я промити під проточною водою з милом і просушити. Зробити вологе прибирання в кабінеті і обробити всі поверхні 0,015 % розчином санідезу.
5. Раз у місяць робити генеральне прибирання 0,015 % розчином санідезу. Кожен день ведеться журнал реєстрації часу роботи бактерицидної лампи з терміном використання 5000 годин.

Поточне прибирання в кабінетах проводять не менше двох разів на день з використанням дезінфікуючого розчину санідез 0,015 %.

Під час прибирання знезаражують меблі, обладнання, крани та раковини, дверні ручки, підлогу.

Знезараження проводять дворазовим протиранням ганчір'ям, змоченим дезрозчином. Після вологого прибирання включають бактерицидну лампу на 30 хв. Дані роботи бактерицидної лампи фіксують у журналі.

Для прибирання необхідно мати спеціальний одяг та прибиральний інвентар з чітким маркуванням, який після використання знезаражують у розчині санідезу 0,2 % 60 хв, ганчір'я прополіскують і сушать.

Прибирання коридорів 2 рази в день з 0,015 % розчином санідезу.

Службові приміщення для медперсоналу, кабінет функціональної ультразвукової діагностики прибирають два рази в день з використанням миючих засобів; а один раз на місяць проводять генеральне прибирання з миттям стін, вікон, підвіконників, меблів, обладнання.

Графік генеральних прибирань складається старшою медсестрою щомісячно і затверджується зав. відділенням.

Для генерального прибирання медичний персонал повинен мати спеціальний одяг (халат, шапочку, маску, гумові рукавички, захисні окуляри), прибиральний інвентар, чисте ганчір'я.

Перед прибиранням всі меблі відсувають від стін. Приміщення звільняють від предметів, обладнання, інвентарю, інструментів і т.д.

Дезінфікуючий розчин – санідез 0,015 % способом протирання дворазово з інтервалом 15 хв наносять на стелю, стінки, вікна, підвіконня, меблі, двері, підлогу і включають бактерицидну лампу на 60 хв.

Після експозиції знезараження (60 хв) персонал одягає чистий халат, маску, протирає взуття і чистим ганчір'ям, змоченим водопровідною водою, відмиває всі поверхні.

Спочатку миють одну половину кабінету і ставлять меблі на свої місця, а потім другу, в кінці – підлогу. Заносять знезаражене обладнання, предмети. Включають бактерицидну лампу на 30 хв. Час роботи лампи фіксується в журналі.

Прибиральний інвентар знезаражують у розчині санідезу 0,2 % – 60 хв, після чого ганчір'я прополіскують і сушать.

У журналі реєстрації генеральних прибирань медсестра робить запис про проведення прибирання поетапно із зазначенням обсягу використаних деззасобів.

Посилання на відеоматеріали за темою

Проведення ЕКГ – <https://doctrina.space/subjects/oski/algorithm-6>

Контрольні питання до теми

1. Оснащення кабінету УЗД.
2. Оснащення кабінету ЕКГ, РЕГ.
3. Обов'язки медсестри клінічної лабораторії.
4. Обов'язки медсестри рентген-кабінету.
5. Обов'язки медсестри кабінету ЕКГ, РЕГ.
6. Обов'язки медсестри кабінету УЗД.
7. Перелік робочих журналів рентгенівського відділення.
8. Перелік робочих журналів клінічної лабораторії.
9. Перелік робочих журналів ЕКГ- відділення.
10. Перелік робочих журналів кабінету УЗД.
11. Правила проведення дезінфекції в ЕКГ відділенні.
12. Які показники реєструються в журналі обліку аналізу сечі?
13. Які показники реєструються в журналі обліку аналізу крові?
14. Які показники реєструються в журналі обліку аналізу записів ЕКГ?
15. Які показники реєструються в журналі обліку УЗД обстеження?
16. Яким чином отримуються зображення на рентгенівській плівці?
17. Що перевіряє медсестра ЕКГ- кабінету перед початком роботи апарату?
18. Які є стандартні відведення при запису ЕКГ?
19. Які є грудні відведення при запису ЕКГ?

Тестові завдання

1. Зіверт- це одиниця виміру:
 - А) площі рентгеноплівки
 - Б) кількості опромінення
 - В) швидкого осідання еозинофілів
 - Г) номер запису в журналі реєстрації

2. Термін ШОЕ визначає:
 - А) шлях обробки еритроцитів
 - Б) швидкість осідання еритроцитів
 - В) швидке осідання еозинофілів
 - Г) шляхи обтікання еритроцитів
3. Кількість лейкоцитів у загальному аналізі сечі у дівчинки в нормі:
 - А) 8–10 у полі зору
 - Б) 30–40 у полі зору
 - В) 12–24 у полі зору
 - Г) 4–6 у полі зору
4. В ЕКГ кабінеті до апарату обов'язково має бути приєднаний провід:
 - А) трансформатора
 - Б) лічильника
 - В) заземлення
 - Г) лампи УФО
5. Перед початком роботи у відділенні ЕКГ включаємо лампу УФО:
 - А) на 1 годину
 - Б) на 10 хвилин
 - В) на 30 хвилин
 - Г) на весь період робочого дня
6. Посадова інструкція медсестри функціонального відділення затверджується:
 - А) зав.відділенням
 - Б) директором КНП «ДКЛ»
 - В) заступником директора з лікувальної роботи
 - Г) старшою медсестрою
7. Профілактичні медичні огляди для медсестри функціонального відділення проводять не рідше:
 - А) 1 раз на квартал
 - Б) 1 раз на півроку
 - В) 1 раз на рік
 - Г) 2 рази на рік
8. У разі відсутності засобів індивідуального захисту медсестра має право:
 - А) відмовити в обстеженні
 - Б) перенести обстеження на кінець робочого дня
 - В) взяти у тижасове користування засоби індивідуального захисту
 - Г) відмінити обстеження

9. Для дослідження сечі за Зимницьким протягом доби збирають сечу:
 - А) кожні 2 години
 - Б) кожні 3 години
 - В) вранці і ввечері
 - Г) за 24 години
10. Для дослідження сечі за Нечипоренком беруть порцію ранкової сечі:
 - А) початкову
 - Б) середню
 - В) кінцеву
 - Г) повну
11. Якого режиму годування повинні дотримуватись при збиранні сечі за Зимницьким?
 - А) їсти відповідно до дієти
 - Б) не пити
 - В) пити багато
 - Г) пити та їсти як завжди
12. Які показники в аналізі сечі за Нечипоренком у хлопчика в нормі?
 - А) лейкоцитів – 2×10^6 /мл, еритроцитів – 1×10^6 /мл, циліндрів немає
 - Б) лейкоцитів – 3×10^6 /мл, еритроцитів – 2×10^6 /мл, циліндрів нема
 - В) лейкоцитів – 4×10^6 /мл, еритроцитів – 1×10^6 /мл, циліндрів – 1×10^6 /мл
 - Г) лейкоцитів – 5×10^6 /мл, еритроцитів – 1×10^6 /мл, циліндрів немає
13. Які за часом 8 контейнерів для збирання сечі за Зимницьким повинні бути обов'язково наповненими?
 - А) з 9–00 до 15–00
 - Б) з 15–00 до 21–00
 - В) з 21–00 до 6–00
 - Г) всі
14. УЗД – дослідження сечового міхура має особливості проведення:
 - А) ніяких
 - Б) на повний сечовий міхур та до сечовипускання
 - В) на повний сечовий міхур до та після сечовипускання
 - Г) на неповний сечовий міхур та після сечовипускання.
15. При збиранні нічних (з 21–00 до 6–00) порцій сечі за Зимницьким чи треба дитину спеціально будити?

- А) збирати у відповідні контейнери, якщо дитина самостійно прокидається
- Б) збирати у всі відповідні контейнери, якщо не прокидається – будити
- В) не збирати у всі відповідні контейнери, якщо дитина самостійно не прокидається
- Г) збирати у контейнери підряд (без урахування часу), якщо дитина самостійно прокидається.

Рекомендована література

1. Наказ МОЗ України від 11.08.2014 № 552 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1067-14#Text>
2. Наказ МОЗ від 08.06.2015 р. № 325 «Про затвердження Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0959-15#Text>
3. Наказ МОЗ України № 236 від 04.04.2012 року «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно – запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами резистентними до дії антимікробних препаратів». URL : https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBD_ruUA832UA832&sxsrf=APwXEdeDpZfX_z5wK9h6U6LUSTF8eq4OCA%3A1684482966029&lei=litnZLSrAeyWjgaG_
4. Наказ МОЗ України №181 від 04.04.2008 року «Про затвердження методичних рекомендацій "Епідеміологічний нагляд за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактика". URL : https://zakononline.com.ua/documents/show/97911___679324
5. Наказ МОЗ України від 05.11.2013 № 955 "Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків". URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1978-13#Text>
6. Наказ МОЗ України від 08.04.2009 № 231 Про затвердження методичних рекомендацій "Визначення віруліцидної дії дезінфікуючих засобів". URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0231282-09#Text>
7. Закон України № 1645 від 06.04.2000 року ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб». URL : https://urst.com.ua/act/pro_zakhyst_naselennia_vid_infektsiinykh_khvorob
8. Наказ МОЗ України №148 від 17.03.2015 року «Про затвердження порядку підтвердження зв'язку зараження ВІЛ - інфекцією з виконанням працівниками своїх професійних обов'язків». URL : <https://ips.ligazakon.net/document/RE26822>
9. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навчальний посібник /за ред. проф. І. О. Мітюрєвої-Корнійко. Київ : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.



Розділ VI

РОБОТА МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (ДИТЯЧОЇ АМБУЛАТОРІЇ)

Актуальність

Важливою складовою лікувально-профілактичної допомоги в Україні є дитяча амбулаторія, яка є її первинною ланкою. Тому знання особливостей роботи медичної сестри дитячої амбулаторії, дезінфекції обладнання та приміщення кабінету педіатра, правил заповнення медичної документації, володіння технікою виконання антропометричних вимірювань є надзвичайно важливими, а теоретична та практична підготовка майбутніх фахівців по даній темі допоможе підвищити рівень надання лікувально-діагностичної допомоги.

6.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Основні поняття	Визначення
1	2	4
ЛПЗ		Лікувально-профілактичний заклад
ПМД	Первинна медична допомога	Надається лікарем загальної практики – сімейним лікарем в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта

1	2	4
	<p>Розділи довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників Випуск 78 «Охорона здоров'я»</p>	<p>Розділ «Завдання та обов'язки» описує основні завдання та обов'язки працівників цієї професії. Конкретний зміст, обсяг і порядок їх виконання на кожному робочому місці встановлюються безпосередньо в закладах охорони здоров'я посадовими (робочими) інструкціями, контрактами чи іншими документами</p> <p>Розділ «Повинен знати» визначає обсяг необхідних знань професійного характеру залежно від професійних завдань та обов'язків</p> <p>У розділі «Кваліфікаційні вимоги» визначено освітньо-кваліфікаційний рівень працівника, напрям і спеціальність підготовки, підвищення кваліфікації, стаж роботи</p>
	<p>Декларація про вибір лікаря</p>	<p>Документ, що підтверджує волевиявлення пацієнта (законного представника) щодо вибору лікаря, який надаватиме йому первинну медичну допомогу</p>
	<p>№ 112/о «Історія розвитку дитини № ____»</p>	<p>Основний медичний документ дитячих поліклінік, центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), будинків дитини, закладів охорони здоров'я, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, у складі яких є дитячі відділення (кабінети).</p>
	<p>№025/о «Медична карта амбулаторного хворого № ____»</p>	<p>Основний первинний медичний документ хворого, який лікується амбулаторно або вдома, і заповнюється на усіх хворих при зверненні до закладу охорони здоров'я, який надає амбулаторно-поліклінічну допомогу</p>
	<p>№ 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)»</p>	<p>Обов'язковий медичний документ для подання до приймальних комісій навчальних закладів усіх рівнів акредитації. Видається лікарями (дільничними терапевтами, педіатром, лікарями загальної практики – сімейними лікарями) територіальних амбулаторно-поліклінічних закладів після завершення ними повного обстеження і висновку щодо професійної придатності</p>
	<p>№ 086/1 «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)»</p>	<p>Довідка учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду</p>

1	2	4
	№ 086/2 «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)»	Карта профілактичної роботи з учнями загальноосвітніх навчальних закладів, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем
	Кабінет щеплень	Окремий структурний підрозділ лікарняного та/або амбулаторно-поліклінічного лікувально-профілактичного закладу та діє у ЛПЗ при медичних кабінетах дошкільних, загальноосвітніх, навчальних закладів I – IV рівнів акредитації, медичних пунктах підприємств
АКДП		Коклюш, дифтерія, правець
КПК		Кір, краснуха, паротит
БЦЖ		Вакцина для профілактики туберкульозу
	Проба Манту	Туберкулінова проба, туберкулінодіагностика – метод дослідження вираженості імунітету до збудника туберкульозу за допомогою оцінки шкірної реакції на спеціальний препарат мікобактерій -туберкулін

6.2. Місце дитячої амбулаторії в структурі закладів охорони здоров'я дітей в Україні

Первинна медична допомога (ПМД) – надається лікарем загальної практики – сімейним лікарем в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта і включає в себе консультації, діагностику та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги пацієнту (у разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я), який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

6.3. Функціональні обов'язки, завдання та вимоги до медичної сестри дитячої амбулаторії

Медична сестра амбулаторії – фахівець із середньою медичною освітою, допомагає сімейному лікарю надавати первинну медико-санітарну допомогу, здійснювати профілактичні, діагностичні, оздоровчі та реабілітаційні заходи, забезпечувати медико-соціальний захист сім'ї, надавати невідкладну долікарську медичну допомогу тощо.

Завдання та обов'язки медичної сестри:

- підготовка до амбулаторного прийому (забезпечення необхідним медичним інструментарієм, інвентарем, документацією, перевірка справності апаратури і засобів оргтехніки) та допомога лікарю в його проведенні;
- допомога хворим (за потреби) у підготовці до огляду лікаря;
- виконання за призначеннями лікаря діагностичних маніпуляцій (вимірювання артеріального тиску, проведення антропометричних та інших досліджень згідно з кваліфікаційними даними);
- роз'яснення хворим порядку підготовки до лабораторних, інструментальних і функціональних досліджень;
- забір матеріалу для клінічних, біохімічних і бактеріологічних досліджень;
- проведення допологового і післяпологового патронажу породіль та дітей;
- ведення обліку диспансерних хворих і своєчасний виклик їх на прийом до лікаря;
- проведення профілактичних щеплень;
- санітарно-освітня робота і пропаганда здорового способу життя;
- участь у проведенні протиепідемічних заходів;
- контроль за виконанням хворими лікувальних і оздоровчих заходів;
- ведення медичної документації;
- підготовка даних для написання статистичного звіту;
- надання долікарської допомоги при невідкладних станах (травматичне пошкодження, кровотеча, колапс, отруєння, утоплення, механічна асфіксія, анафілактичний шок, опіки, відмороження, алергічні стани тощо).

Кваліфікаційні вимоги до медичної сестри дитячої амбулаторії включають знання:

- алгоритмів надання лікувально-профілактичної допомоги дітям в амбулаторних умовах та вдома;
- правил догляду за хворими дітьми та новонародженими;
- особливостей догляду за недоношеними та дітьми із групи ризику;
- календаря щеплень, правил їх проведення і протипоказань;
- основ диспансеризації;
- методів роботи в соціально-неблагонадійних сім'ях.

6.4. Алгоритм медсестринського огляду дитини в періоді новонародженості в домашніх умовах

З перших днів після виписки з пологового будинку новонароджений знаходиться під наглядом медсестри дитячої амбулаторії за місцем проживання. Вона спостерігає за станом здоров'я дитини, контролює виконання рекомендацій лікаря, вигодовування та догляд за нею, консультує батьків (табл. 5, 6).

Таблиця 5

Мета та завдання медсестри дитячої амбулаторії по огляду новонародженого в домашніх умовах

1	2
Мета	Спостереження в динаміці за станом здоров'я дитини, контроль за виконанням рекомендацій лікаря, оцінка вигодовування дитини, закріплення навичок матері та сім'ї з вигодовування та догляду за дитиною, консультування
Основні завдання	1.Збір даних для оформлення та заповнення історії розвитку дитини (ф. 112/о) 2. Оцінка стану здоров'я дитини: - стан шкіри, слизових (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці, наявність висипу); - частота дихання; - стан пупкової ранки (пуповинного залишку, кільця); - оцінка м'язового тону та спонтанної рухової активності; - виділення з очей; - частота та характер випорожнень, сечовиділення 3. Оцінка вигодовування, його ефективність та безпека

1	2
Цільове консультування	1. Профілактика синдрому раптової смерті 2. Визначення особливостей режиму дня 3. Догляд за новонародженим та вигодовування 4. Загрозливі для життя дитини ознаки, при виникненні яких слід негайно звернутись до медичних працівників 5. Догляд з метою розвитку

6.5. Впровадження «стейтменту безпечного сну для малюків» (за участю Раковської Л., Костюкової Д., Домрес Н., Барської Л.)

За статистикою, 95 % випадків раптової смерті немовлят виникає у віці до 6 місяців, найчастіше у 2–4 місяці. Серед причин перше місце (37 %) займає синдром раптової дитячої смерті, друге (34,7 %) належить випадкам, причину яких виявити не вдалося, і третє (27 %) – випадковій задусі та удушенню в ліжку. Згідно з дослідженнями, значна кількість факторів, що впливають на частоту СРДС та інших випадків раптової смерті дітей, пов’язані з безпекою сну. Тому у розвинених країнах цьому приділяється значна увага.

У 52 країнах світу існують національні керівництва або рекомендації з попередження синдрому раптової смерті та безпечного сну малюків. Найавторитетнішими визнані керівництва Американської Академії педіатрії (AAP) і Національного Інституту охорони здоров’я Великобританії (NICE). 7 липня 2022 року вийшла нова версія настанови AWMF (Асоціація наукових медичних товариств) робочої групи з педіатрії DGSM (Німецького товариства дослідження та медицини сну) на тему «Профілактика синдрому раптової дитячої смерті». На цій основі підготовлені *рекомендації Європейської асоціації медицини сну та нейрофізіології (ЄАМСН, European Sleep Medicine and Neurophysiology Association, ESMANA) з безпечного сну як пріоритетного питання у профілактиці синдрому раптової смерті немовлят (<http://esmana.org/2023/02/15/statement/>)*, які слід виконувати до досягнення малюками 1 року:

1. Вкладайте малюків на спину на нічний і денний сні

Доведено, що діти, які сплять на спині (горілиць), рідше помирають від СРДС порівняно з дітьми, які сплять на животі чи на боці. При положенні на боці дитина може легко перевернутися на животик. Існує міф, що під час сну на спині малюки можуть задихнутися під час зригувань. Але дослідження підтверджують, що якраз у положенні на животі ризик аспірації вище. Тому навіть малюки з гастро-езофагеальним рефлюксом (ГЕРХ) повинні спати на спині, це положення є найбільш безпечним.

Коли малюк лежить на спині, трахея знаходиться вище стравоходу (рис. 30). Тому зригуване малюком повинно подолати силу тяжіння, щоб дістатися до трахеї і викликати ядуху. А от коли малюк спить на животі, рідина зі стравоходу під час зригування може вільно потрапити до дихальних шляхів і спричинити сумні наслідки. На щастя, такі випадки у здорових дітей трапляються дуже рідко.



Рис. 30. Анатомічні особливості розташування трахеї відносно стравоходу у положенні дитини на спині і на животі

По мірі дорослішання малюки самостійно перевертаються на животик. Не слід повертати дитину на спину, краще створити безпечне середовище навколо (рівний жорсткий матрац, відсутність м'яких бортиків, іграшок, подушок, ковдр у ліжечку тощо). Деякі батьки вкладають малюків на животик, щоб полегшити відходження газів. ВООЗ рекомендує робити це під час неспання.

Якщо дитина засинає в автокріслі, візочку або шезлонзі, то слід якомога швидше перемістити її на тверду рівну поверхню для сну на спині. Адже за правилом малюк до року може знаходитися у автокріслі не більше двох годин поспіль. Це обумовлено ризиком порушення прохідності дихальних шляхів через схилення голови до грудей. Тому слід уникати тривалих подорожей у автокріслі з немовлятами, особливо передчасно народженими.

Під час засинання у слінгу, треба слідкувати, щоб дихальні шляхи дитини були вільними. Згідно з рекомендаціями ВООЗ тривалість безперервного перебування у слінгу не повинна перевищувати 1 годину.

2. Використовуйте відносно тверду поверхню для сну

Спати малюк може у дитячому (можна портативному) ліжечку, люльці, ігровому манежі з рівною горизонтальною поверхнею, які відповідають стандартам безпеки. У ліжечку повинен бути жорсткий матрац, який щільно прилягає до країв, а також повітропроникне простирадло, закріплене гумовою стрічкою або щільно заправлене за краї. Дорослі ліжка, дивани відносно м'які. Під «м'якою поверхнею» мається на увазі поверхня, на яких голівка малюка прогинається більше ніж на 1 дюйм (близько 2,5 см). На таких поверхнях ризик СРДС може збільшуватися більш ніж у 5 разів (за даними *Nauck F. R. та співавт.*).

Майже всі фабричні ліжечка мають сертифікати якості, які відповідають сучасним рекомендаціям щодо безпечного сну. На що варто звернути увагу:

- відстань між прутиками у ліжечку не повинна перевищувати 6–7 см;
- матрац повинен щільно входити у ліжечко (якщо між матрациком і ліжечком можна помістити 2 пальці – малюк може застрягнути);
- перевіряйте щотижня конструкції ліжечка, оскільки активний малюк може їх розхитати;
- коли малюк навчиться ставати на руки і коліна – зафіксуйте ліжечко (якщо в ньому є маятниковий механізм) та опустіть у найнижче положення;

- перевірте закріплення простирадла, щоб малюк не міг у ньому заплутатися або вкритися;
- перед використанням зніміть з матраца плівкову оболонку;
- не вішайте над сплячим і лежачим наодинці малюком різноманітні предмети (особливо іграшки);
- заберіть всі м'які предмети з ліжечка (подушки, м'які іграшки, бортики, ковдри тощо).

3. Вкладайте дитину спати в одній кімнаті з батьками

Сон в одній кімнаті з батьками протягом перших 6 місяців, або весь перший рік, може знизити ризик СРДС на 50 %. Існує два види спільного сну (СС) – це сон у одному ліжку з батьками та сон поряд з батьками на окремій поверхні або у приставному ліжечку.

Американська академія медицини грудного вигодовування (Academy of Breastfeeding Medicine) використовує термін «сон на груді» як біологічно обгрунтовану модель взаємодії між мамою і малюком, зумовлену фізіологічною необхідністю. Під час спільного сну відбувається часте і регулярне годування грудьми, що може подовжити тривалість ГВ. А деякі мами відзначають, що так легше доглядати за дітьми і засинати.

У протоколі Американської академії медицини грудного вигодовування акцентується увага на питаннях безпеки. Перевірте наявність щілин між ліжком і стіною чи меблями, куди дитина може впасти. Лягайте спати з дитиною у С-позиції (ваша рука, на якій ви лежите, витягнута на ліжку, ноги зігнуті у колінах). Після годування груддю вкладіть малюка на спину. Не треба накривати дитину своєю ковдрою. Слід відзначити, що у деяких ситуаціях спільний сон може бути особливо небезпечним.

Не слід спати з малюком на одній поверхні, якщо:

- малюк народжений передчасно або з низькою масою тіла;
- дорослий, що знаходиться в ліжку з малюком, палить;
- мама дитини палила під час вагітності;
- мама приймає ліки або препарати, які ускладнюють пробудження;
- мама вживала алкоголь;

- дорослий-доглядальник не є біологічною матір'ю/батьком дитині;
- поверхня для сну м'яка;
- у ліжку, крім малюка, є інші діти або домашні тварини;
- якщо дитина спить між двома дорослими.

Для вищеописаних випадків сон поряд з батьками на окремій поверхні чи в приставному ліжечку більш безпечний.

4. Заберіть із зони сну дитини всі м'які предмети

У ліжечку дитини до року будь-які м'які предмети (подушки, ковдри, іграшки, бампери або м'які захисні бортики, звисаюче простирadlo тощо) становлять небезпеку для малюка, оскільки можуть підвищити ризик удушення, або ж блокувати доступ кисню у дихальні шляхи..

Не слід вкладати малюка на подушку, він може перекоотитися на бік чи на живіт та уткнутися обличчям у м'яку поверхню. Якщо малюк лежить на нахиленій поверхні (подушка, шезлонг, автокрісло), то голова може сильно нахилитися вперед і стиснути та заблокувати дихальні шляхи. Також небезпечним є сон на кушетці, дивані чи кріслі.

Не використовуйте звисаючі у ліжечко стрічки або мотузки. Не прикріплюйте соски, медальйони, інші предмети до тіла дитини або до ліжечка. Не одягайте ланцюжки, стрічки або намиста на шию дитини і одяг із зав'язками.

5. Не перегрівайте дитину

Рекомендований діапазон температур у спальні малюка – 16–22 градуси за Цельсієм, але у весняно-літній період може бути вищим. Ознаками перегріву є пітливість, відчуття гарячої шкіри на дотик.

Малюків слід одягати відповідно до температури оточуючого середовища, на 1 шар одягу більше порівняно з дорослим. Малюк першого року повинен спати без ковдри, якщо ж у кімнаті холодно, то можна одягнути комбінезон або ж спальний мішок. Якщо температура у кімнаті вище 18 градусів, дитина доношена, має нормальну масу тіла, то шапочка їй не потрібна.

Малюків можна не туго сповивати у перші місяці, це допомагає їм заспокоїтися і легше заснути. Для запобігання дисплазії тазо-

стегового суглоба ніжки варто залишати вільними. Малюка у пелюшці можна вкладати лише на спину. Коли малюк починає перевертатися, слід припинити сповивання.

6. Годуйте дитину груддю, якщо є така можливість

Дослідження підтверджують, що малюки на грудному вигодовуванні мають більш низький ризик СРДС. Годуйте малюка грудьми або зцідженим грудним молоком, якщо є можливість, до 6 місяців. Після прикорму рекомендується годувати малюка не менше 12 місяців і до двох років.

7. Зменшуйте використання соски-пустушки

Деякі дослідження свідчать, що смоктання пустушки може знижувати СРДС. Та для дитини на грудному вигодовуванні використання пустушки є небажаним, поки лактація остаточно не встановиться. Якщо дитина на штучному вигодовуванні, то можна пропонувати їй пустушку у будь-який час. Деяким малюкам це не подобається, тоді варто запропонувати пустушку кілька разів. Але якщо дитина категорично відмовляється – не наполягати. Якщо пустушка випадає після засинання, не потрібно повертати її назад.

8. Своєчасно вакцинують дітей

Останні дані свідчать, що імунізація може мати захисний ефект проти СРДС, оскільки інфекційні захворювання підвищують ризик. Також слід вакцинувати оточення, що контактує з малюком, це також підвищує імунний захист родини та знижує ризики малюка захворіти.

9. Уникайте куріння та алкоголю

Паління під час вагітності та після народження дитини достовірно підвищує ризик СРДС. Крім того, не варто палити в машині, будинку, де знаходиться дитина, а також уникати паління поряд з дитиною, навіть при перебуванні на вулиці, не кажучи вже про спання в одному ліжку.

10. Будьте обережними при покупці товарів для сну

За даними Американської академії педіатрії, позиціонери, спеціальні матраци чи поверхні для сну не знижують ризик СРДС.

Те ж саме стосується і домашніх моніторів дихання. Доведено, що домашні монітори дихання чи кардіомонітори не знижують ризик СРДС, а можуть навіть підвищувати його, оскільки батьки покладаються на них і не виконують рекомендацій з безпечного сну.

На жаль, вищевказані рекомендації не дають 100 % гарантії того, що з малюком все буде гаразд, але вони достовірно знижують ризик виникнення можливої трагедії та створюють малюкові найбільш сприятливі умови.

В подальшому, 25 % дітей різного віку страждає різними порушеннями сну:

- Інсомнії – труднощі засинання і/або підтримання неперервного сну дитини протягом ночі
- Сногворіння – 5–20 %
- Бруксизм – 8 %
- Енурез – 10 %
- Ходіння уві сні – 10–30 %
- Нічні жахіття – 1–4 %.

Означені порушення призводять до зменшення загального часу сну і виникненню певних патологічних станів та захворювань. Корекцію сну проводять етапами:

1. Створення сприятливої психо-емоційної атмосфери в сім'ї.
2. Нормалізація режиму дня.
3. Достатнє перебування на свіжому повітрі.
4. Для нормалізації сну ефективним є купання малюка з додаванням в ванночку квітів календули, валер'яни, м'яти, душиці.
5. Певні установки і ритуали сну.
6. Медична корекція:
 - не рекомендуються седативні препарати (надають сонливість, зниження концентрації уваги, залежність, загальна слабкість, м'язовий біль, нежить, кашель, кон'юнктивіт, шкірний висип);
 - перевагу мають натуральні препарати для нормалізації сну з підтверженою ефективністю і безпекою (АльпеКід Дормі).

Саме АльпеКід Дормі є спеціалізованим препаратом, призначеним для лікування занепокоєння і порушень сну в немовлят і дітей раннього віку.

6.6. Алгоритм медсестринського огляду дітей у віці від 1 місяця до 3 років в амбулаторних умовах

Таблиця 6

Мета та завдання медсестри дитячої амбулаторії по огляду дітей з 1 міс. до 3 років в амбулаторних умовах

Мета	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування
Основні завдання	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оцінка стану здоров'я дитини: <ul style="list-style-type: none"> - стан шкіри та слизових (блідість, ціаноз); - частота дихання; - клінічні ознаки інфекції; - ознаки рахіту, анемії; - частота та характер випорожнень, сечовиділення. 2. Оцінка вигодовування та харчування дитини 3. Оцінка фізичного та психомоторного розвитку дитини 4. Негайне інформування лікаря у разі виявлення ознак відхилення від стандартних показників фізичного розвитку дитини, відставання у психомоторному розвитку та клінічних симптомів захворювання
Цільове консультування	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вигодовування та харчування 2. Визначення особливостей режиму дня 3. Профілактика травматизму та нещасних випадків 4. Загрозливі для життя дитини ознаки, при виникненні яких слід негайно звернутись до медичних працівників 5. Профілактичні щеплення

6.7. Система оцінки фізичного розвитку дитини

Проводиться при кожному обов'язковому медичному огляді дитини віком до 3 років. Медична сестра вимірює довжину/зріст, масу тіла, обвід голови дитини (див. розділ 7 навчального посібника 2-го курсу «Догляд за здоровою та хворою дитиною»).

Результати заносяться до відповідних графіків (у кожної дитини – свій), за якими можна прослідкувати тенденцію фізичного розвитку дитини за певний проміжок часу і виявити проблеми фізичного розвитку та проводити адекватне медичне спостереження (рис. 31).

Графіки фізичного розвитку для дівчаток та хлопчиків різні, оскільки вони розвиваються по-різному, і можуть мати для зручності різні кольорові коди. Позначка 0 на кожному графіку є медіаною і

представляє середнє значення. По інших лініях можна визначити відхилення, які вказують на віддаленість показника фізичного розвитку від стандарту. Лінії стандартних відхилень (СВ) на графіках фізичного розвитку дитини мають позитивне (1,2,3) або негативне (-1,-2,-3) значення.

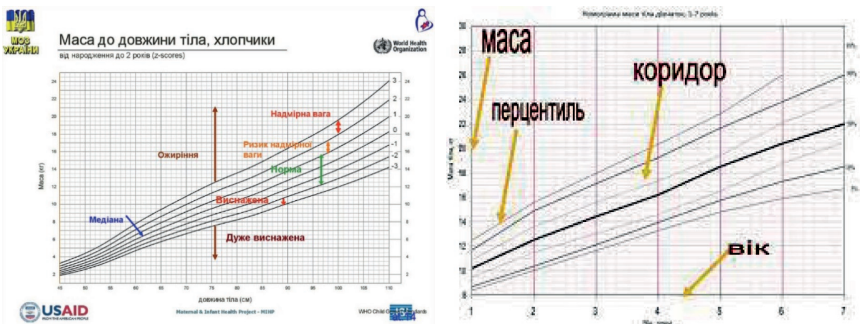


Рис. 31. Графіки фізичного розвитку хлопчиків і дівчаток

Графіки довжини тіла/зросту/віку

Показники довжини тіла/зросту допомагають виявити дітей з затримкою зросту та надто високих для свого віку.

На горизонтальній осі графіка відкладаються значення віку, а на вертикальній – довжини/зросту тіла в сантиметрах. Вік дитини зазначають у повних тижнях від народження до 3 місяців; у повних місяцях – від 3 до 12 місяців; та в повних роках і місяцях – надалі.

Щоб нанести показники довжини тіла/зросту для данного віку слід:

- 1) На горизонтальній осі відкласти число повних тижнів, місяців або років і місяців. Точки слід ставити на вертикальній лінії (а не між ними). Наприклад, якщо дитині 6,5 місяця, значення носять на поділку 5 місяців (а не між 5 та 6 місяцями).
- 2) На вертикальній осі відкласти показники довжини тіла/зросту. Точки слід ставити на/ або між горизонтальними лініями. Наприклад, якщо довжина тіла дитини 60,5 см, нанесіть значення в клітинку між горизонтальними лініями.
- 3) Після нанесення точок за результатами двох або більше оглядів необхідно з'єднати їх, щоб побудувати криву та порівняти динаміку.
- 4) Перевірте, чи правильно нанесені точки. Наприклад, якщо довжина тіла дитини виявилась меншою, ніж при попередньому

огляді, то це означає, що один з вимірів здійснено неправильно і його треба повторити. Тому слід чітко дотримуватись методики проведення антропометрії.

Графіки маси тіла/віку

Показник маси тіла використовується для того, щоб визначити, чи має дитина даного віку недостатню або надто недостатню вагу, а не для визначення надмірної ваги або ожиріння.

Щоб нанести значення маси тіла для даного віку слід:

- 1) На горизонтальній осі відкласти вік дитини в повних тижнях, місяцях або роках і місяцях. Точки слід ставити на вертикальній лінії (а не між ними).
- 2) На вертикальній осі відкласти показники маси тіла. Точки ставити на горизонтальну лінію.
- 3) Після нанесення точок за результатами двох або більше оглядів, з'єднати їх між собою, щоб побудувати криву та побачити динаміку.

Графіки співвідношення маси тіла/довжини тіла/зросту/віку

Графік співвідношення маси тіла до довжини тіла/зросту допомагає виявити дітей з дуже низькою масою тіла та з високим співвідношенням маси до довжини тіла/зросту, що може свідчити про ризик розвитку надмірної ваги або ожиріння.

На горизонтальній осі графіка відкладають показники довжини тіла дитини або зріст в сантиметрах, а на вертикальній – масу в кілограмах.

Щоб побудувати графік співвідношення маси тіла до довжини тіла/зросту слід:

- 1) На горизонтальній осі відкласти показники довжини тіла або зросту. Точки слід ставити на вертикальній лінії. Необхідно заокруглити значення до цілого сантиметра.
- 2) На вертикальній осі нанести значення маси. Точки ставити на/ або між горизонтальними лініями.
- 3) Після нанесення показників двох або більше оглядів, з'єднати точки прямою лінією, щоб побудувати криву та побачити динаміку.

Графіки індексу маси тіла/віку

Індекс маси тіла (ІМТ) використовують для проведення скринінгу на надмірну вагу та ожиріння. Як правило, він показує результати, схожі з результатами графіка співвідношення маси до довжини тіла/зросту дитини.

Графік будують таким чином:

- 1) На горизонтальній осі відкладають вік дитини в повних тижнях, місяцях або роках і місяцях. Точки ставлять на вертикальній лінії (а не між ними).
- 2) На вертикальній осі – значення ІМТ. Точки ставлять на горизонтальну лінію або між лініями.
- 3) Після нанесення точок за результатами двох або більше оглядів з'єднують їх, щоб побачити динаміку.

Індекс маси тіла визначається за формулою: значення маси тіла розділити на зріст в квадраті (кг/кв.м). Показник зросту необхідно перевести в метри. Результат обчислень округлити до десятих.

6.8. Режим годування та прийому води для здорової дитини за віком

На першому місяці життя грудне вигодовування проводять переважно **«на вимогу дитини»** (немовля прикладають до грудей до 10–12 і більше разів, у т. ч. й уночі), тобто дитина сама вимагає кількість і тривалість годувань залежно від індивідуальної потреби, без обмежень з боку матері. Це поліпшує процес лактації, сприяє довшій тривалості грудного вигодовування, запобігає розвитку гіпогалакції та лактостазу у матері. Проте слід пам'ятати, що плач дитини не завжди означає, що вона голодна, а може мати прояви кишкових кольок, які часто виникають з 3 тижнів від народження і продовжуватися до 3 місяців життя дитини.

Кишкові кольки – болі у животі, що викликають дискомфорт, почуття розпирання або здавлювання в черевній порожнині. Больовий синдром пов'язаний з підвищеним газонаповненням кишківника на тлі годування або в процесі перетравлення їжі та супроводжується спазмом відповідних ділянок. У дитини цей стан проявляється

тривалим плачем, занепокоєнням, «сукотанням» ніжок. Серед методів, що можуть допомогти впоратися з кишковими кольками слід згадати трав'яні чаї (які містять ромашку, фенхель, вербену, солодку, м'ятний бальзам) та зовнішнє прикладання тепла (наприклад, плашки теплої води, теплої подушки, теплих в'язаних шкарпеток, купання дитини в теплій воді). Серед високоефективних та безпечних засобів використовують *АльпеКід Хені Дрінк*, який є спеціалізованим препаратом не тільки для зняття гострих проявів кишкових кольок, а й для профілактики, має в своєму складі лише натуральні компоненти (ромашка, меліса та фенхель). Саме таке подвійне спрямування дії *АльпеКід Хені Дрінк* (лікування та профілактика кольок) дозволяє отримати найбільш високу клінічну ефективність.

Крім того, на сьогодні доказово доведено про необхідність застосування спеціально розроблених для дітей раннього віку пробіотиків з метою усунення кишкових кольок. Таким вимогам відповідає, наприклад, Актив Флора бебі+, який за складом та формою випуску є зручним та ефективним в лікуванні кольок.

Починаючи з 2–3 міс. встановлюється певний режим годування – **зазвичай з 6 ранку і далі з інтервалом у 3,5 – 4 год.** Тривалість годування становить у середньому 15–30 хв (тобто 20 хв).

Приблизний режим годування дитини 1-го року життя:

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

Після введення першого прикорму дитину переводять на п'ятиразове годування. Від 1 до 3 років дитина інтенсивно зростає, розвиваються і вдосконалюються її органи та системи, тому рекомендована кількість годувань становить не менше 5 на день – три основних і два додаткових (*табл. 7*).

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

**Режими годування здорових дітей
віком від 1 до 3 років:**

Вік дитини	I сніданок	II сніданок	Обід	Підвечірок	Вечера
1 – 1,5 р	8:00–8:30	11:00	13:00–13:30	16:00	19:00–19:30
1,5–3 р	8:00–8:30	-	12:00–12:30	16:00	19:00–19:30

Питний режим – це загальна кількість рідини, яку дитина отримує на добу. Потрібно враховувати всі фактори, що впливають на норму споживаної дитиною води. До них відносяться:

- Вага;
- Вік;
- Стать;
- Фізична активність;
- Температура повітря;
- Погодні умови;
- Пора року та клімат.

Ідеальним варіантом є спеціальна бутильована дитяча вода, яку можна знайти на полицях магазинів або в аптеці. Вона повністю проходить всі етапи очищення, негазована та готова до вживання. Її можна не тільки пити, але й готувати улюблені страви малюка: каші, супи, пюре. **Загальні рекомендації щодо питного режиму для дітей різного віку:**

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

При більшості **бактеріально-запальних захворювань кількість води підвищується на 50 % відносно нормативів**. Інше питання – висока температура. Щоб температура знизилася природним шляхом, організму потрібно багато рідини. Якщо ж її недостатньо – може наступити зневоднення. Симптоми зневоднення дитини:

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

6.9. Вимоги до режиму дня здорової дитини за віком

Режим дня – це розподіл часу на різні види діяльності упродовж доби. З французької це слово означає «точно встановлений порядок життя». Він збалансовує періоди активності і відпочинку, сну і прийомів їжі, навчання, гри, праці, прогулянок. Розпорядок дня є невід’ємною частиною виховання дітей. Набуті навички в управлінні своїм часом стануть у нагоді дитині завжди і всюди: у школі, в спорті, у спілкуванні з ровесниками. Це перший етап становлення характеру дитини (рис. 32).



Рис. 32. Режим дня дитини

Переваги дотримання розпорядку дня:

1. Своєчасний прийом їжі, обов'язкові прогулянки, необхідна кількість сну і т.д. – це запорука здоров'я дитини.
2. Підсвідомість засвоює, що всьому свій час: їжі, сну, прогулянкам, а організм підлаштовується – сон стає глибоким, апетит хорошим, імунітет міцним.

3. Режим допомагає уникати хаосу, метушні, безпорадності, несподіванок, що робить дітей спокійнішими, упевненішими.
4. Батькам немає необхідності постійно давати дитині вказівки.
5. Допомагає дітям адаптуватися в новій обстановці (дитсадок, школа).
6. Сприяє розвитку навичок самодисципліни, що безумовно допоможе дитині у дорослому житті.
7. Більше часу приділяється нерегульованим заняттям, а необхідні і обов'язкові виконуються автоматично.

Розпорядок дня – це простий спосіб задоволення всіх основних потреб дитини, а не суворий графік виконання певних завдань. Для новонародженого вибудувати режим нелегко. Іноді малюк прокидається раніше і частіше просить груди, в інші дні може поспати довше. Та якщо слідувати одному графіку, то поступово режим встановиться, і життя батьків та дитини стане більш передбачуваним (*табл. 8*).

З дорослішанням дитини режим дня поетапно змінюється: вона переходить на дво-, а потім одноразовий денний сон, вводиться прикорм, вступає до дитсадка, школи та ін.

Режим дня вихованців дошкільних навчальних закладів включає навчальні заняття, ігри, прогулянки, денний сон, харчування, самообслуговування, загартовування, гігієнічні процедури.

Діти дошкільного віку надзвичайно чутливі до зміни режиму дня. У цей період відбувається активне формування кори головного мозку, нервові клітини якого не можуть довго бути активними. Тому порушення режиму (відсутність денного сну або відпочинку у ліжку до 6 років) знижують працездатність організму, спричиняють розлади діяльності і поведінки дітей, вони стають роздратованими, вередливими (*табл. 9*).

У дітей старшого дошкільного віку збільшується обсяг навчального навантаження і дуже важливо у цей період відповідно до вікових особливостей раціонально організувати тривалість занять, рухову активність та відпочинок. Це стосується не тільки перебування дітей у дошкільному закладі, а й виховання батьками позитивного ставлення дитини до дотримання режиму навчання,

відпочинку та фізичної активності. Адже розумова працездатність і фізичний розвиток дітей дошкільного віку – вагомий показник підготовленості до шкільного навчання.

У зв'язку зі стійкою тенденцією погіршення здоров'я дітей та підлітків проблема підготовки дітей до школи нині є особливо актуальною (табл.10).

Тому у будь-якому віці правильно організований режим дня – неодмінна умова нормального фізичного розвитку дитини, зміцнення її здоров'я, підтримання високого рівня фізичної і розумової працездатності, особливо під час шкільного навчання. Усталений певний ритм життя сприяє також нормальному перебігу всіх фізіологічних процесів у організмі.

Таблиця 8

Орієнтовний режим дня дитини першого року життя

	Вік		
	1–5 міс.	5–9 міс.	Старше 9 міс.
Годування	6:00–6:30		
Неспання, туалет	6:30–7:30		
Сон	7:30–9:30	7:30–10:00	
Годування	9:30–10:00	10:00–10:30	
Неспання	10:00–11:00	10:30–12:00	
Сон	11:00–13:00	12:00–14:00	
Годування	13:00–13:30	14:00–14:30	
Неспання	13:30–14:30	14:30–16:00	14:30–18:00
Сон	14:30–16:30	16:00–18:00	–
Годування	16:30–17:00	18:00–18:30	
Неспання	17:00–18:00	18:30–19:30	
Сон	18:00–19:30	–	
Купання	19:30–20:00		
Годування	20:00–20:30		
Сон	20:30–6:00 з перервою для годування	20:30–6:00	

Орієнтовний режим дня для дітей раннього і дошкільного віку

	Вік		
	2–3 роки	4–5 років	6–7 років
Підйом, туалет	7:00–7:30		
Ігри, гімнастика	7:30–8:30		
Сніданок	8:30–9:00		
Ігри, заняття	9:00–9:30	9:00–10:00	9:00–11:00
Прогулянка	9:30–11:30	10:00–12:00	11:00–13:00
Обід	11:30–12:30	12:00–13:00	13:00–14:00
Сон	12:30–15:00	13:00–15:00	14:00–15:30
Підйом, туалет	15:00–15:30		15:30–16:00
Полуденок	15:30–16:00		16:00–16:30
Ігри	16:00–16:30		16:30–17:00
Прогулянка	16:30–18:00		17:00–18:00
Вечеря	18:00–18:45		
Ігри	18:45–20:00		
Туалет	20:00–20:30		
Сон	20:30		

Таблиця 10

Орієнтовний режим дня дитини шкільного віку

Підйом, туалет	7-00–7-30	Домашня учбова робота	16-00–18-00
Гімнастика, біг	7-30–8-00	Спорт, танці, музика, ін	18-00–19-30
Сніданок	8-00–8-30	Вечеря	19-30–20-00
Шкільні заняття	8-30–14-0	Ігри, читання, відпочинок	20-00–21-00
Обід	14-00–15-00	Вечірній туалет	21-00–21-30
Прогулянка	15-00–16-00	Сон	21-30–22-00

Говорячи про режим дня та його вплив на стан здоров'я дітей, обов'язково треба згадати про надмірний час, який займають **гаджети в житті сучасних дітей**. З 2007 році фахівцями було доведено, що з кожним роком все більше дітей, представників **цифрового**

покоління, страждають розладами концентрації уваги, зниженням можливостей пам'яті, низьким рівнем самоконтролю, когнітивними порушеннями, пригніченістю і депресією. Крім певних позитивних сторін використання гаджетів існує і велика кількість різноманітних негативних впливів як на соматичне здоров'я дітей, так і на психологічний стан при надмірному їх використанні:

- Погіршується увага, діти не можуть зосередитись (у багатьох діагностується синдром дефіциту уваги),
- Можуть виникнути проблеми з пам'яттю, уявою, фантазією,
- Страждає вільний розумовий процес,
- Знижується мотивація навчання.

Серед методів корекції таких станів першим кроком є лімітування часу використання гаджетів. За рекомендаціями Американської академії педіатрії, загальний час користування гаджетами протягом дня складає:

- **до 6 років** – не більше 20 хв. (бажано не кожний день)
- **6–8 років** – до 30–40 хв.
- **9–11 років** – до 1–1,5 год.
- **11–18 років** – до 2 год.

Іноді доводиться застосовувати і певні медикаментозні засоби, які допоможуть сконцентруватися дитині, піднімуть мотивацію до навчання, знизять стан тривожності та покращать якість сну. Кіндінорм Н, який входить в лінійку АльпеКід є саме тим препаратом, який має змогу впоратися з цими проблемами. Саме поєднання нормалізації режиму дня дитини з контрольованим часом використання гаджетів та прийомом курсу Кіндінорм Н допоможе більш ефективно скоригувати поведінкові розлади та стани тривоги.

6.10. Основні форми первинної облікової документації у дитячій амбулаторії

№ 112/о «Історія розвитку дитини № ____» – основний медичний документ дитячої поліклініки, призначений для записів динаміки розвитку і стану здоров'я дитини, медичного обслуговування від народження до 18 років включно. Заповнюється на кожну дитину при взятті її на облік при першому патронажі або при першому зверненні.

№ 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №__», діти після 14 років та дорослі (переносяться основні дані з форми 112/0).

№ 063 «Карта профілактичних щеплень» – офіційний медичний документ, заповнюється на кожного новонародженого і на дитину, яка вперше потрапляє під нагляд амбулаторно-поліклінічного закладу, містить перелік щеплень, які були проведені дитині протягом часу спостереження.

№ 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)» заповнюється на абітурієнтів, які вступають до навчальних закладів усіх рівнів акредитації, видається амбулаторно-поліклінічними закладами після завершення їх повного обстеження і висновку щодо професійної придатності.

№ 086/1 Довідка учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду.

№ 086/2 «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)» «Карта профілактичної роботи з учнями загальноосвітніх навчальних закладів, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем».

Якщо форми первинної облікової документації зберігають неправильно, органи контролю під час перевірок можуть накласти дисциплінарну або адміністративну відповідальність.

Журнали запису висновків лікарсько-консультативної комісії, обліку отруйних, сильнодіючих та комбінованих лікарських засобів, що підлягають предметно-кількісному обліку в закладах охорони здоров'я, мають бути пронумеровані, прошнуровані і завірені підписом керівника та скріплені печаткою.

З 2020 року запроваджено ведення Реєстру медичних записів, що формується із записів про направлення та виписку рецептів в електронній системі охорони здоров'я. Реєстр ведеться в центральній базі даних системи.

Медичні записи, внесені до Реєстру відповідно до цього Порядку, є первинною обліковою медичною документацією в електронній формі.

6.11. Організація роботи кабінету щеплень у дитячій амбулаторії

У вакцинації можуть брати участь лише ті медичні працівники, які пройшли спеціальну щорічну підготовку та володіють правилами організації і технікою проведення щеплень, а також навичками надання невідкладної допомоги в разі виникнення післявакцинальних реакцій/ускладнень.

Постійний пункт щеплень має бути оснащений:

- холодильником для зберігання лікарських засобів;
- термометром у холодильнику на другій полиці (найбільш чутливе до холоду місце) та термометром для валідації його показань;
- сумкою-холодильником (термоконтейнером) з двома комплектами холодкових елементів (4 елементи в кожному) та термометром;
- столиком, на якому можна розмістити одну невелику сумку-холодильник, ін'єкційні матеріали і коробку для утилізації шприців;
- наборами лікарських засобів та медичних виробів, аптечкою для надання медичної екстреної допомоги та при невідкладних станах;
- коробкою для безпечної утилізації шприців;
- кушеткою або стільцем для проведення профілактичних щеплень і сповивання дитини;
- облаштованим місцем для гігієни рук (вода, мило);
- бактерицидним опромінювачем або іншим пристроєм для знезараження повітря, дозволеним до застосування;
- інформаційними матеріалами, плакатами з вакцинації для населення і навчальними посібниками;
- термометром для вимірювання температури у приміщенні.

Основні завдання медсестри кабінету щеплень дитячої амбулаторії:

1. Проводити вакцинацію, туберкулінодіагностику населення за призначенням лікарів.

2. Дотримуватись правил проведення щеплень і безпечної імунізації.
3. Вести облікову реєстрацію проведених щеплень, туберкулінодіагностики і використаних імунобіологічних препаратів у відповідних статистичних формах (із зазначенням дати, виду щеплень, дози і серії тощо).
4. Надавати долікарську медичну допомогу при невідкладних станах та за призначеннями та вказівками лікаря на випадок побічної дії (ускладнення) після введення імунобіологічного препарату.
5. Реєструвати та своєчасно інформувати про випадок побічної дії (ускладнення) після застосування імунобіологічних препаратів.
6. Вести облік осіб, які мають медичні протипоказання до проведення щеплень.
7. Готувати заявки керівнику ЛПЗ щодо забезпечення кабінету щеплень лікарськими засобами та виробами медичного призначення.
8. Забезпечувати умови дотримання холодового ланцюга при транспортуванні, зберіганні та використанні медичних імунобіологічних препаратів.
9. Складати звіти про проведені щеплення та про рух медичних імунобіологічних препаратів за формами державної статистичної звітності.
10. Формувати картотеку форм 063/о населення, що знаходиться на обліку в ЛПЗ, та своєчасно їх заповнювати.

6.12. Документація кабінету щеплень дитячої амбулаторії

У кабінетах щеплень повинні бути документи, що забезпечують повноту, достовірність та своєчасність обліку дітей, які підлягають щепленню, туберкулінодіагностиці:

- форма первинної облікової документації № 063/о «Карта профілактичних щеплень»;
- форма первинної облікової документації № 064/о «Журнал обліку профілактичних щеплень»;
- форма № 063-1/о «Карта імунізації»;

- форма № 058/0 «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення»;
- форма № 6 «Звіт про контингент осіб окремих вікових груп, яким здійснено щеплення проти інфекційних захворювань, за рік»;
- форма № 70 «Звіт про профілактичні щеплення за півріччя року» (піврічна);
- форма № 71 «Звіт про профілактичні щеплення, які проводяться за епідемічними показаннями» (піврічна);
- форма № 108-0 1/0 «Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом»;
- інструкції про застосування всіх медичних імунобіологічних препаратів українською мовою (в окремій папці);
- журнал обліку та використання медичних імунобіологічних препаратів;
- журнал реєстрації температури в холодильнику;
- журнал реєстрації роботи бактерицидної лампи;
- журнал реєстрації генеральних прибирань;
- план термінових заходів на випадок виникнення непередбачуваних подій у збереженні «холодового ланцюга», затверджений керівником закладу.

6.13. Сучасний календар профілактичних щеплень за віком, протипоказання та поетапний алгоритм дій медичної сестри

Алгоритм проведення профілактичних щеплень складається з таких етапів:

1. Медичний огляд пацієнта.
2. Запис про дозвіл на щеплення.
3. Власне щеплення.
4. Медичне спостереження за пацієнтом.

Проведення вакцинації відповідно до рекомендацій та проти-показань встановлює лікар (рис. 33). Для отримання додаткової інформації (за потреби) щодо верифікації діагнозу, перебігу захворювання, необхідності додаткових обстежень лікар направляє пацієнта до профільного спеціаліста, за висновком якого остаточно приймає рішення. Про можливі реакції після вакцинації слід поінформувати батьків заздалегідь.



Рис. 33. Календар профілактичних щеплень

Абсолютні протипоказання до введення вакцини:

- 1) наявність анафілактичної реакції в анамнезі на попередню дозу вакцини;
- 2) вагітність – протипоказано введення живих вакцин;
- 3) тяжка імуносупресія/імунодефіцит – протипоказано введення живих вакцин;
- 4) гострі захворювання (з температурою вище 38,0°C) – протипоказання для рутинної вакцинації.

6.14. Порядок дій при введенні вакцини АКДП

1. Перевірити наявність дозволу на щеплення, прізвище дитини.
2. Вимити руки.
3. Перевірити вакцину: її назву, термін придатності, якість.

4. Знезаразити руки.
5. Одягнути стерильні гумові рукавички.
6. Обробити ділянку передньої поверхні стегна ватною кулькою, зволоженою 70 % спиртом.
7. Одна прищепна доза 0,5 мл.
8. Ввести вакцину внутрішньом'язово.
9. Знезаразити шприц, ватні кульки, гумові рукавички.
10. Забезпечити медичний нагляд за дитиною після щеплення протягом 30 хв. Стежити за станом дитини.
11. Занести дані про щеплення АКДП в карту профілактичних щеплень (Ф-063), історію розвитку дитини (Ф-112) та журнал реєстрації АКДП. Вказати дату, дозу та номер серії.

!!! УВАГА. Не мочити місце ін'єкції протягом доби.

При підвищенні температури дати дитині жарознижуючі препарати.

При виникненні інфільтрату на місце ін'єкції прикласти сухе тепло.

6.15. Алгоритм введення вакцини КПК

Пп. 1–5 (див.вище)

6. Набрати 0,5 мл вакцини.
7. Ввести вакцину підшкірно, забезпечити медичний нагляд за дитиною протягом 30 хв.
8. Знезаразити шприц, ватні кульки, гумові рукавички.
9. Занести дані про щеплення в карту профілактичних щеплень (Ф-063), «Історію розвитку дитини» (Ф-112) та журнал реєстрації та вакцинації .

!!!УВАГА. Стежити за станом дитини. Не мочити місце ін'єкції протягом доби. При змінах у стані здоров'я звернутися до лікаря. Реакція на введення може бути з 6 до 18-ї доби.

6.16. Порядок проведення та оцінки результатів проби Манту

1. Перевірити дозвіл на проведення проби Манту, прізвище дитини.
2. Вимити руки, просушити індивідуальним рушником.

3. Перевірити вакцину: її назву, термін придатності, цілісність флакона та якість вакцини.
4. Одягнути стерильні гумові рукавички.
5. Набрати в туберкуліновий шприц 0,2 мл туберкуліну.
6. Ділянку шкіри середньої третини передпліччя обробити двічі 70 % спиртом.
7. Просушити стерильною ватною кулькою.
8. Натягнути шкіру передпліччя.
9. Ввести голку внутрішньошкірно, зрізом вгору і ввести 0,1 мл розчину (2ГО). **При правильній техніці утворюється «лимонна кірочка».**
10. Відкриту ампулу накрити стерильною серветкою, покласти в склянку, накрити темним ковпачком.
11. Відкриту ампулу зберігати протягом 2 годин.
12. Знезаразити шприц, ватні кульки, гумові рукавички.
13. Занести дані про проведення проби Манту в форму 063, Ф-112 та журнал реєстрації проби Манту.
14. Призначити день, коли потрібно прийти для оцінки проби.

!!!УВАГА. Протягом 3 днів місце ін'єкції не мочити, не травмувати, не обробляти.

Алгоритм оцінки проби Манту:

1. Проба Манту оцінюється через 72 години.
2. Накласти прозору пластмасову лінійку перпендикулярно осі руки.
3. Виміряти діаметр папули.
4. Якщо розмір папули:
 - 0,1 мм – реакція негативна;
 - 2–4 мм – сумнівна;
 - 5 мм та більше – позитивна;
 - більше 17 мм – гіперергічна.
5. Занести результати проби в Ф-063, 112 та журнал реєстрації проби Манту.

6.17. Алгоритм внутрішньошкірного введення вакцини БЦЖ

Пп. 1–4 (див.вище)

5. Розвести вакцину БЦЖ 2 мл 0,9 % р-ну натрію хлориду.
6. Знезаразити рукавички.
7. Ділянку шкіри зовнішньої поверхні лівого плеча на межі між верхньою та середньою третиною обробити двічі 70 % спиртом.
8. Просушити стерильною ватною кулькою.
9. Набрати в туберкуліновий шприц 0,2 мл вакцини БЦЖ.
10. Натягнути шкіру в ділянці ін'єкції.
11. Ввести голку внутрішньошкірно зрізом угору і ввести 0,1 мл вакцини.

При правильній техніці з'являється папула білуватого кольору, діаметром 6–8 мм, 5–6 мм у новонароджених. Через 15–20 хв папула зникає.

12. Відкриту ампулу покласти в склянку, накрити стерильною серветкою та темним ковпачком.
13. Відкриту ампулу зберігати не більше 2 год.
14. Знезаразити ампулу з залишками вакцини, шприц, ватні кульки.
15. Занести дані про проведення щеплення в Ф-112 та журнал реєстрації вакцинації і ревакцинації БЦЖ та в історію новонародженого. Записати дату щеплення, серію і контрольний номер вакцини.

!!!УВАГА. Не можна накладати пов'язку, обробляти йодом.
Необхідно оберігати місце ін'єкції від механічного пошкодження.

6.18. Поствакцинальні реакції та ускладнення, вимоги до медсестри

Ускладнення після щеплення – патологічний стан, який має причинний зв'язок з профілактичним щепленням та порушує стан здоров'я дитини.

Тяжкість та характер ускладнень після вакцинації може залежати від:

- Порушення умов зберігання та транспортування вакцини. Вакцини не можна ані перегрівати, ані переохолоджувати, ані заморозувати.
- Порушення техніки введення вакцини (введення вакцини БЦЖ внутрішньошкірно, АКДС та інактивованої

поліомієлітної – внутрішньом'язово, живої – перорально тощо).

- Порушення інструкції по введенню вакцини (неврахування протипоказань, недозволена комбінація).
- Індивідуальних особливостей організму (неочікувано сильна алергічна реакція, судоми тощо).
- Приєднання інфекції – гнійні запалення в місці вакцинації та інфекції, в інкубаційному періоді яких було зроблено щеплення.

Виникнення поствакцинальних ускладнень може бути пов'язано з реактогенністю препарату, індивідуальними особливостями організму дитини, ятрогенними факторами (технічними похибками і помилками при проведенні імунізації).

Поствакцинальні ускладнення – це різні стійкі або тяжкі порушення здоров'я, що розвинулися внаслідок проведення профілактичної вакцинації. Можуть бути місцевими (абсцес у місці ін'єкції, гнійний лімфаденіт, келоїдний рубець), або загальними (анафілактичний шок, БЦЖ-інфекція, енцефаліт, менінгіт, сепсис, вакциноасоційований поліомієліт).

Для лікування локальних інфільтратів призначаються місцеві мазеві пов'язки та фізіотерапія (УВЧ, ультразвукова терапія).

При вираженій гіпертермії необхідно давати дитині багато пити та застосовувати фізичне охолодження (обтирання, холод на голову), жарознижуючі препарати (ібупрофен, парацетамол).

При алергічних ускладненнях після щеплень обсяг допомоги диктується силою алергічної реакції (введення адреналіну, антигістамінних препаратів, кортикостероїдів та ін.).

У випадку ускладнень з боку нервової системи призначається післясиндромна терапія (протисудомна, дегідратаційна, протизапальна). Лікування поствакцинальних БЦЖ-ускладнень проводиться за участю дитячого фтизіатра.

Післявакцинальні ускладнення виявляють працівники на всіх рівнях медичного обслуговування і спостереження. При розвитку поствакцинального ускладнення необхідно:

- негайно інформувати керівника лікувально-профілактичного закладу;
- протягом 24 годин після виявлення направити екстрене повідомлення за формами медичної облікової документації, затвердженими МОЗ України.

Кожен випадок поствакцинального ускладнення, який призвів до госпіталізації, а також завершився летальним результатом, розслідується комісійно фахівцями (педіатром, імунологом, епідеміологом та ін.). Ускладнення після БЦЖ-вакцинації розслідуються за обов'язкової участі лікаря-фтизіатра.

Поствакцинальні реакції – побічні, клінічні і лабораторні ознаки нестійких, функціональних змін в організмі, що виникають у зв'язку з проведенням щеплення, зберігаються 3–5 днів і самостійно проходять.

Поствакцинальні реакції діляться на **місцеві** та **загальні** (табл.11).

Місцеві – ущільнення тканин; гіперемія; легка болючість у місці введення.

Загальні поствакцинальні реакції не прив'язані до місця уколу і зачіпають весь організм: генералізований висип; підвищення температури тіла; порушення сну, неспокій; головний біль; запаморочення; у немовлят – тривалий плач; похолодання кінцівок; лімфоаденопатія; диспепсія; катаральні явища, не пов'язані з ГРЗ; міалгія, артралгія.

Поствакцинальні реакції – це в більшості випадків реакція організму на введення чужорідного антигену, що відображає процес вироблення імунітету. Наприклад, причиною підвищення температури тіла після щеплення, є викид у кров особливих «посередників» імунної реакції прозапальних інтерлейкінів. Тому, якщо побічні реакції мають легкий характер, це навіть сприятлива ознака для вироблення імунітету. Наприклад, невелике ущільнення у місці щеплення свідчить про активність процесу вироблення імунітету, а значить людина буде реально захищена від інфекції.

Таблиця 11

Поствакцинальні реакції організму на щеплення

Вакцина	Реакція	Термін після введення	Ускладнення	Термін після введення
1	2	3	4	5
БЦЖ	Місцева: інфільтрат 5–10 мм Сильна місцева: набряк м'яких тканин більше 20 мм, інфільтрат більше 10 мм Загальна: не буває	Через 4–6 тиж	Підшкірні холодні абсцеси, поверхнева виразка (порушення техніки введення) Регіональні лімфаденіти Келоїдний рубець Остеомієліт Генералізована БЦЖ-інфекція	1–2 міс 5–12 міс 2–6 міс 1–1,5 міс
АКДП	Місцева: гіперемія шкірних покривів, інфільтрат Сильна місцева: набряк м'яких тканин більше 5 см Загальна: підвищення температури без порушення загального стану	Перші 2 доби	Алергічні: набряк Квінке, висипання по типу кропивниці, загострення алергічних захворювань В окремих випадках системні реакції типу анафлактичного шоку Колаптоїдний стан: зниження м'язового тону, різке збліднення, запаморочення, сонливість, серцево-судинна чи дихальна недостатність Енцефалопатія: порушення мозкових функцій, підвищення внутрішньочерешного тиску (у дітей – безперервний пронизливий крик), порушення свідомості, судоми, патологічні рефлексії, парези кінцівок В окремих випадках енцефаліт.	10 днів 24 години 7 днів 3 дні до 30 діб

Продовження табл. 11				
1	2	3	4	5
ОПВ	Кишкова дисфункція протягом не більше 2-3 днів	2-3 дні	Вакциноасоційований поліомієліт: кволий парез кінцівок (частіше нижніх) - у щеплених Алергічні: висип, набряк Квінке (дуже рідко)	7-30 днів 7-60 днів після вакцинації щепленого 10 днів
КПК	Місцева: гіперемія Загальна: підвищення температури, висип,кагаральні явища,безболісне збільшення слинних залоз, збільшення лімфатичних вузлів	1-3 дні 7-14 днів тривалість не більше 1-2 днів	Алергічні: висипання по типу кропивниці, В окремих випадках анафілактичний шок Енцефалопатія: судоми,висока температура (вище 38.6), інтоксикація, виражені катаральні симптоми, порушення свідомості Артралгія гостра, поліартрит, міокардит Транзиторна поліневропатія	10 днів 24 години 7-14 днів 14-30 днів
Гепа тит В	Місцева: біль, гіперемія, припухлість,сверблячка, почервоніння,затвердіння на місці введення Загальна: короточасне погіршення самопочуття, субфебрильна температура	1-4 дні 1-3 дні	Алергічні: набряк Квінке, реакція типу сироваткової хвороби з розвитком артриту та шкірних проявів (еритема, ексімози, вузлувата еритема) Анафілактичні реакції В окремих випадках міалгія,периферична нейропатія, параліч лицьового нерва,синдром Гійєна-Барє, неврит очного нерва	до 30 діб 24 години до 30 діб

6.19. Телемедицина в сучасній амбулаторній педіатричній практиці

Телемедицина – це комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються при наданні медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями для забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості. Це надання медичних послуг, коли відстань є критичним фактором, медпрацівниками, які використовують інформаційно-комунікаційні технології для обміну інформацією, необхідною для діагностики, лікування та профілактики захворювань та травм, досліджень та оцінки, а також для продовження освіти постачальників медичних послуг.

Для дистанційної передачі медичної інформації від пацієнта до лікаря, від лікаря – пацієнту використовуються комп'ютери, телефони і мобільні пристрої за допомогою «провідника», яким виступає медична сестра. Таким чином батьки отримують відповідь лікаря щодо лікування гострих і хронічних хвороб, таких як діабет або серцева недостатність та ін. в домашньому відеочаті, по електронній пошті або в текстовому режимі, не залишаючи своєї оселі, тільки за участю медичної сестри (рис. 34).



Рис. 34. Взаємодія між пацієнтом та лікарем-педіатром завдяки роботі телемедичних технологій

Застосування телемедицини розподіляють на 2 основних типи, в залежності від термінів передачі інформації та взаємодії між учасниками процесу.

Асинхронна телемедицина. Використовує обмін попередньо записаних даних між двома або більше особами в різний час. Наприклад, пацієнт або медична сестра відправляє лікарю-педіатру по електронній пошті опис медичного випадку, після чого він відправляє назад по електронній пошті свою думку з приводу діагнозу та рекомендацій щодо лікування.

Синхронна телемедицина. Відбувається в реальному часі і вимагає одночасної присутності лікаря та пацієнта в ході інтерактивного обміну інформацією, наприклад, проведення відеоконференції.

До технологій телемедицини відносяться: телефонні дзвінки, електронні листи, текстові повідомлення, фотографії або відеокліпи через мобільний телефон, відеоконференції, цифрові діагностичні пристрої для віддаленого обстеження вух, горла, серця, легень та ін., відеосесія, інтегрована в електронну медичну карту.

Переваги телемедицини:

- корисна для віддалених і сільських районів з низькою доступністю медичних послуг і браком персоналу, оскільки здатна долати територіальні бар'єри між медичними працівниками та пацієнтами;
- може застосовуватися при стихійних лихах, у воєнних умовах, коли необхідний зв'язок між фахівцями в травматологічних центрах і їх колегами на місцях;
- можна використовувати для медичного спостереження за дітьми, які були змушені покинути домівку в зоні бойових дій;
- сприяє економії часу, співпраці лікарів різних спеціальностей, надає можливість спостерігати хвору дитину у природних умовах та знижує ризики інфекційного зараження.

Кабінет телемедицини є структурним підрозділом закладу охорони здоров'я. Контроль за діяльністю кабінету здійснює керівник закладу, у структурі якого функціонує цей кабінет. Нормативні документи, зокрема наказ МОЗ від 19.10.2015 р. № 681, які регулюють діяльність у цій сфері:

- положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я;
- форми первинної облікової документації (№001/тм «Запит на телемедичне консультування»; №002/тм «Висновок консультанта»; №003/тм «Журнал обліку телемедичних консультацій»);

- інструкції щодо їх заповнення.

Апаратне забезпечення телемедичної системи кабінету включає в себе 4 основних типи обладнання:

- інфраструктура передачі мультимедійної інформації;
- комп'ютерне обладнання загального профілю;
- спеціалізоване комп'ютерне обладнання;
- спеціалізоване медичне обладнання.

Технічне обладнання телемедичної системи для медичних працівників «первинки» передбачає наявність портативного телемедичного діагностичного комплексу, у якому мають бути:

- цифровий кардіограф
- цифровий спірограф
- цифрова ендоскопічна камера
- градусник
- тонометр
- планшет або ноутбук (для збору інформації та формування запиту на телеконсультування).

Після підготовки необхідного обладнання потрібно встановити медичну інформаційну систему (МІС). МІС – необхідна умова для отримання фінансування від НСЗУ у рамках медичної реформи України. Через МІС під час телемедичних консультацій всі дані про пацієнта передаються у його *електронну медичну карту* (рис. 35).



Рис. 35. Система телемедичного консультування

Під час проведення телемедичного консультування застосовують уніфіковані клінічні протоколи, стандарти медичної допомоги, затверджені наказами МОЗ, а також дотримуються вимог законодавства, деонтологічних рекомендацій щодо згоди пацієнта та його права на таємницю про стан здоров'я.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Режим дня: https://www.youtube.com/watch?v=wuDjM0mqjo&ab_channel=ISIDAclinic
2. Антропометрія: https://www.youtube.com/watch?v=plFPqty8Lk8&ab_channel=NMUTV; https://www.youtube.com/watch?v=GCR0zgHXGpc&ab_channel=NMUTV

Контрольні питання до теми

1. Поняття про первинну медичну допомогу.
2. Поняття про Центр первинної медико-соціальної допомоги.
3. Навести перелік медичних послуг первинної медичної допомоги центру первинної медико-соціальної допомоги.
4. Який існує перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання первинної медичної допомоги?
5. Назвіть завдання та обов'язки медичного брата/медичної сестри дитячої амбулаторії.
6. Які завдання та обов'язки сестри медичної патронажної служби?
7. Перерахуйте правила системи «безпечного сну» для дітей 1 року життя.
8. Назвіть функціональні обов'язки молодшого спеціаліста з медичною освітою кабінету щеплень.
9. Які основні форми первинної облікової документації у дитячій амбулаторії?
10. Які функціональні обов'язки медичної сестри кабінету телемедицини дитячої амбулаторії?

Тестові завдання

1. Дитині виповнилося 11 місяців. Медична сестра повинна запросити матір з дитиною для профщеплення проти кору, паротиту та краснухи, коли дитині виповниться:
А) 12 місяців

- Б) 18 місяців
 - В) 1,5 року
 - Г) 20 місяців
 - Д) 2 роки
2. Здоровій доношеній новонародженій дитині потрібно провести імунопрофілактику туберкульозу. Яку дозу препарату необхідно ввести дитині?
- А) 0,1 мл туберкуліну
 - Б) 0,05 мг вакцини БЦЖ
 - В) 0,1 мг вакцини БЦЖ
 - Г) 0,5 мл туберкуліну
3. Дитяча медична сестра навчає матір новонародженої дитини догляду за пуповинним залишком (пупковою ранкою). Виберіть найбільш доцільну рекомендацію:
- А) накладати стерильну пов'язку
 - Б) обробляти пуповинний залишок (пупкову ранку) 96° розчином спирту етилового
 - В) обробляти пуповинний залишок (пупкову ранку) 1 % розчином йоду
 - Г) підтримувати пуповинний залишок (пупкову ранку) завжди сухим та чистим
 - Д) накладати стерильну пов'язку
4. У хлопчика 4-х місяців через 15 хвилин після другого щеплення вакциною АКДП були зафіксовані ознаки набряку Квінке. Який препарат ви використаєте для надання дитині невідкладної допомоги?
- А) кофеїн
 - Б) седуксен
 - В) гепарин
 - Г) преднізолон
 - Д) фуросемід
5. Форма №063 це:
- А) карта профілактичних щеплень
 - Б) історія розвитку дитини
 - В) історія хвороби
 - Г) карта диспансерного обліку

6. Форма №112/о це:
 - А) карта профілактичних щеплень
 - Б) історія розвитку дитини
 - В) історія хвороби
 - Г) карта диспансерного обліку
7. Форма №025/о це:
 - А) карта профілактичних щеплень
 - Б) історія розвитку дитини
 - В) історія хвороби
 - Г) медична карта амбулаторного хворого
8. Форма №086/о це:
 - А) карта профілактичних щеплень
 - Б) медична довідка (лікарський консультаційний висновок)
 - В) історія розвитку дитини
 - Г) історія хвороби
9. Карта профілактичної роботи з учнями загальноосвітніх навчальних закладів, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем:
 - А) № 025/о
 - Б) № 63/о
 - В) № 112/о
 - Г) № 086/1
 - Д) № 086/2
10. Укажіть основний медичний документ лікаря первинної ланки медичної допомоги:
 - А) історія хвороби
 - Б) форма №112/о
 - В) карта профілактичних щеплень
 - Г) лист термінового оповіщення
11. Що не входить до прямих обов'язків медичної сестри:
 - А) виконання лікарських призначень
 - Б) оформлення медичної документації
 - В) догляд за хворими
 - Г) призначення лікарських засобів

12. На прийом до дитячої поліклініки прийшла мама з дитиною 12-ти місяців. Дитині проведені всі щеплення згідно з наказом МОЗ України. Профілактику якого захворювання здійснить медсестра у цьому віці?
- А) краснухи, кору, епідемічного паротиту
 - Б) гепатиту В
 - В) поліомієліту
 - Г) туберкульозу
 - Д) дифтерії
13. Після проведення вакцинації медична сестра кабінету профілактичних щеплень повинна спостерігати за дитиною протягом:
- А) 4-х годин
 - Б) 3-х годин
 - В) 2-х годин
 - Г) 30 хвилин
 - Д) 1 години
14. Мама дитини 6-ти місяців, яка знаходиться на штучному вигодовуванні, цікавиться у патронажної медичної сестри: «Який максимальний об'єм води необхідно давати дитині за добу?»
- А) 30 мл
 - Б) не давати
 - В) 50 мл
 - Г) 150 мл
 - Д) 200 мл
15. Дитині 4 роки. Скільки часу за добу вона повинна спати?
- А) 8 годин
 - Б) 10 годин
 - В) 11 годин
 - Г) 12 годин
 - Д) 13 годин

Рекомендована література

1. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2012, N 14, с.86){Із змінами, внесеними згідно із Законом N 2168-VIII (2168-19) від 19.10.2017, ВВР, 2018, N 5, с.31). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>

2. Методичні рекомендації МОЗ України «Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню», затверджені 23.02.2012 р. URL:http://donetsk.medprof.org.ua/uploads/media/Metodyhni_rekomendacii_PMD_u_mistah.pdf
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 19 червня 2020 р. № 589) «Порядок створення госпітальних округів» URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text>
4. Наказ МОЗ України № 504 від 19.03.2018 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 2593 від 11.11.2020 № 218 від 03.02.2022). URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>
5. Випуск 78 «Охорона здоров'я» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#top>
6. Наказ МОЗ України № 595 від 16.09.2011 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 11.08.2014 № 551) «Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень». URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1238-14#Text>
7. Наказ № 587 28.02.2020 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я (Із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ № 727 від 03.05.2022). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0236-20#Text>
8. Наказ МОЗ України № 149 від 20.03.2008 «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0149282-08>
9. «Декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» № 1023 від 29.05.2018. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n92>
10. № 112/о «Історія розвитку дитини № _____», діти до 14 років. URL: (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0976-14#Text>)
11. №025/о «Медична карта амбулаторного хворого № _____», діти після 14 років та дорослі. URL: (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0669-12#Text>)
12. №063 «Карта профілактичних щеплень» URL: (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0688-06#Text>)
13. № 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)» URL: (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0681-12#Text>)
14. № 086/1, № 086/2 «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)». URL: (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0794-10#Text>). Календар профілактичних щеплень – URL:<https://moz.gov.ua/article/immunization/kalendar-profilaktichnih-sheplen>

15. Наказ МОЗ України № 681 від 19.10.2015. «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15/card4#History>
16. Postnatal care: evidence review for co-sleeping risk factors FINAL (April 2021) NICE guideline NG194 // URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/evidence/n-cosleeping-risk-factors-pdf-326764485978>
17. Rachel Y. Moon, MD, FAAP. How to Keep Your Sleeping Baby Safe: AAP Policy Explained. 6/1/2021 // URL: <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/sleep/Pages/A-Parents-Guide-to-Safe-Sleep.aspx>
18. Домрес Н. В. Огляд літератури щодо організації безпечного сну малюків з метою профілактики СРДС, 2015. URL: <https://baby-sleep.pro/safe-to-sleep/>
19. Poets CF, Paditz E., Erler Th., et al. Prävention des plötzlichen Säuglingstodes (SIDS, „Sudden infant death syndrome«, ICD 10: R95) (2023). S1-Leitlinie, AWMF Nr. 063-002, (Stand 11/2022); erarbeitet von Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM); Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI); Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ); Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG); Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM); Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod (GEPS), Landesverbände Baden-Württemberg, Rheinland Pfalz, Saarland. URL: <https://doi.org/10.1007/s00112-023-01724-8>
20. В. Г. Майданник, І. О. Мітюряєва, Н. В. Молочек, О. В. Походило. Нові підходи до лікування тикозних розладів на фоні вегетативних дисфункцій дітей. Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології, Липень/Вересень 2018. Том 12. №3. С. 69–75.
21. Sohn, S. Y., Krasnoff L., Rees, P. et al. The Association Between Smartphone Addiction and Sleep: A UK Cross-Sectional Study of Young Adults. *Front Psychiatry*. 2020. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.629407/full>
22. Сухоносова О. Ю., Молочек Н. В. Досвід корекції симптомів підвищеної збудливості та порушення сну у дітей раннього віку. Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології, 2009. №2. С.41–44
23. Appanna V. Dysbiosis, Probiotics, and Prebiotics: In Diseases and Health. *Human Microbes – The Power Within: Health, Healing and Beyond*. 2018. 81–122. https://doi.org/10.1007/978-981-10-7684-8_3
24. Ahmadipour S., et al. Probiotics for infantile colic. *Clinical Nutrition Experimental*. 2020. 31. 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2020.04.001>
25. Iddrisu I., et al. Malnutrition and Gut Microbiota in Children. *Nutrients*. 2021.8; 13(8): 2727. DOI: 10.3390/nu13082727. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8401185>
26. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навчальний посібник /за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. Київ : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.



Розділ VII

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ШКОЛІ, ДИТЯЧОМУ САДОЧКУ, ІНТЕРНАТІ, В ТАБОРІ ВІДПОЧИНКУ ТА НАДАННЯ ПЕРШОЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Актуальність

Медичні кабінети шкіл, інтернатів, дитячих садків та таборів відпочинку – найважливіша структурна одиниця навчального закладу для збереження здоров'я дитини. Саме в медпункті садка і школи здійснюють систематичний диспансерний та профілактичний нагляд за дітьми та за потребою їх медобслуговування. Тут регулярно проводяться медичні огляди, вакцинація, туберкулінодіагностика, надання першої медичної допомоги, а також позапланове медобслуговування у разі виникнення гострого захворювання або травми, систематично навчають дітей правилам особистої гігієни, що має велике значення для правильного виховання та оздоровлення.

7.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
ДНЗ	Дитячий навчальний заклад	Реалізує право дитини на здобуття дошкільної освіти, її фізичний, розумовий і духовний розвиток, соціальну адаптацію та готовність продовжувати освіту

1	2	3
	Медичний пункт	Установа ДНЗ, призначена для проведення лікувально-профілактичної роботи
	Дитячий заміський стаціонарний заклад	Установа, розміщена в окремому будинку за межами населеного пункту, де діти перебувають цілодобово
	Денний дитячий табір відпочинку	Установа, як правило, знаходиться на території закладу освіти, де діти перебувають лише вдень
	Анафілаксія	Тяжка, загрозлива для життя, генералізована або системна реакція гіперчутливості (алергічна або неалергічна)
	Анафілактичний шок	Тяжка анафілактична реакція (анафілаксія), що швидко розвивається та супроводжується загрозливим для життя зниженням артеріального тиску
	Гіперчутливість	Наявність об'єктивних та суб'єктивних симптомів, що повторно виникають внаслідок експозиції конкретного подразника у дозі, що нормально переноситься здоровою дитиною
	Перша допомога	Проведення найпростіших заходів для порятунку життя, зменшення страждань потерпілого від надзвичайної ситуації та запобігання розвитку можливих ускладнень
ЕМД	Екстрена медична допомога	Медична допомога, яка полягає у здійсненні невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування життя людини
СЛР	Серцево-легенева реанімація	Невідкладна медична процедура для відновлення життєдіяльності організму та виведення його зі стану клінічної смерті. Включає ШВЛ та компресії грудної клітки
АЗД	Автоматичний зовнішній дефібрилятор	АЗД-прилад, який може електричним розрядом допомоги запустити серце

1	2	3
ШВЛ	Штучна вентиляція легень	Засоби, спрямовані на підтримку обміну дихальних газів (кисню, вуглекислого газу) у легенях за допомогою штучних методів (дихання рот-у-рот, рот-у-ніс, за допомогою мішка Амбу чи проведення вентиляції спеціальними апаратами з використанням сленг-респіраторів (вентиляторів)
	Педіатричний Ланцюг Вживання	За American Heart Association, 2020: недопущення зупинки кровообігу, рання високоякісна реанімація свідками випадку, швидка активація системи ЕМД або іншої системи екстреного реагування, ефективні спеціалізовані заходи з підтримки життя, включаючи швидку стабілізацію та транспортування до місця лікування та реабілітації, інтегроване та відновне лікування після зупинки кровообігу
PBLS	Pediatric Basic Life Support	Педіатричний алгоритм базової підтримки життя

7.2. Правила оцінки та реєстрації стану здоров'я дитини при зарахуванні до навчального закладу

Перед зарахуванням дитини до ДНЗ батьки повинні спеціально підготувати її до перебування у дитячому колективі:

- пройти повне медичне обстеження у відділі дитячої поліклініки;
- отримати довідку щодо стану здоров'я, фізичного та психічного розвитку;
- отримати довідку щодо відсутності контактів з інфекційними хворими протягом 3-х тижнів.

Усі довідки є дійсними протягом не більше 3-х днів.

При зарахуванні дитини до конкретної групи чи класу медичний працівник дошкільно/шкільного навчального закладу збирає скарги та анамнестичну інформацію про особливості розвитку і поведінки дитини, клінічно обстежує та узгоджує наявні діагнози, які вказані у документації, отриманій з дитячої амбулаторії. Перевіряє

епідеміологічне оточення та наявність у дитини ознак педикульозу, корости, гельмінтозу та інших інфекційних захворювань.

Відомості про дитину раннього віку при зарахуванні до ДНЗ заносять до історії розвитку дитини (за формою № 112/0), а дошкільного віку – до медичної карти дитини (за формою № 026/0), та повідомляють вихователя групи чи класного керівника.

7.3. Функціональні обов'язки медичної сестри ДНЗ

Медичний персонал дитячого садочка та ясельних груп:

- Здійснює контроль профілактики травматизму, спалахів гострих кишкових інфекцій, харчових отруєнь. Щоденні медичні огляди дітей допомагають своєчасно виявити ознаки захворювання у дитини, ізолювати вихованця від здорових дітей і надати невідкладну медичну допомогу.
- Здійснює систематичний нагляд за виконанням режиму дня (харчування, сну, прогулянок, занять фізкультурою).
- Щотижня дітей оглядають на ознаки педикульозу.
- Щомісячно медсестра стежить за фізичними параметрами: вимірює зріст, вагу, обвід голови та грудної клітки і фіксує в історії розвитку дитини. Окрім цього визначається місткість легень, стан мускулатури та м'язового тонусу. Перевіряється осанка, стан підшкірно-жирової клітковини.
- Медична сестра постійно стежить за дотриманням санітарно-гігієнічного режиму в приміщеннях, правил особистої гігієни та своєчасним проходженням працівниками медичного обстеження та допуску до роботи.
- Погоджує з шеф-кухарем меню, забезпечуючи раціональність харчування. Здійснює постійний контроль за організацією харчування, у тому числі за безпекою харчових продуктів та готових страв; умовами та термінами їх зберігання і реалізації, технологією приготування; виконанням норм харчування тощо.
- Надає першу невідкладну допомогу у разі нещасного випадку.
- Бере участь у проведенні культурно-масових заходів, спрямованих на підтримання санітарно-гігієнічного режиму в закладі освіти: проведення днів здоров'я та ін.
- Фіксує в журналі причини відсутності дитини в закладі освіти.

Медицина сестра шкільного закладу освіти (інтернату):

- бере участь у проведенні обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів початкових класів;
- контролює своєчасність проходження обов'язкових медичних оглядів інших учнів у лікувально-профілактичних закладах та отримує від батьків або опікунів довідку з результатами;
- фіксує та узагальнює інформацію і заповнює бланки довідок про здійснення медобслуговування учнів, забезпечує її зберігання, передає лікувально-профілактичному закладу за місцем проживання учня інформацію про результати обов'язкових медичних профілактичних оглядів (учнів початкових класів) та проведені профілактичні щеплення;
- за результатами щорічних медичних оглядів аналізує стан здоров'я учнів та доводить до відома педагогічного персоналу узагальнену інформацію про результати та загальний стан здоров'я учнів;
- виконує прості діагностичні, лікувальні і фізіотерапевтичні процедури після лікарського огляду;
- готує і застосовує дезінфекційні розчини;
- володіє прийомом реанімації, вміє надати допомогу при травматичному ушкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах;
- проводить:
 - антропометрію
 - термометрію
 - плантографію
 - перевірку гостроти зору та слуху
 - інші скринінгові дослідження;
- ізолює учнів, які захворіли, та спостерігає за учнями, які були в контакті з інфекційним хворим;
- бере участь у здійсненні медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів, проводить просвітницьку роботу серед педагогічного колективу, батьків та учнів навчального закладу щодо здорового способу життя, збереження фізичного та психічного здоров'я, виховання здорової дитини;

- організовує проведення поточної дезінфекції, здійснює профілактичні та оздоровчі заходи під час освітнього процесу, надає невідкладну медичну допомогу учням, працівникам навчального закладу в разі гострого захворювання або травми;
- за наявності показань організовує госпіталізацію учнів та інформує про це батьків або опікунів;
- проводить роботу з профілактики травматизму, веде облік та аналіз випадків травмування;
- контролює організацію та якість харчування у навчальному закладі;
- здійснює контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних вимог та протиепідемічного режиму;
- регулярно спостерігає за диспансерною групою хворих дітей, проводить їх оздоровлення у навчальному закладі, а за потреби супроводжує групи для оздоровлення в табори, санаторії тощо;
- веде облік медичного обладнання, лікарських засобів та виробів медичного призначення, імунобіологічних препаратів, дотримується правил і термінів їх зберігання і використання, своєчасно поповнює;
- веде обліково-звітну та медичну документацію;
- контролює своєчасне проходження медичного огляду всіма працівниками закладу, наявність у них особистих медичних книжок під час прийому на роботу;
- постійно удосконалює свій професійний рівень, проходить навчання і перевірку знань з питань охорони праці, безпеки життєдіяльності.

Санітарно-гігієнічні вимоги до медичної сестри

Вона повинна мати особисту медичну книжку з результатами медичних обстежень та лабораторних досліджень, відомостями про щеплення, перенесені інфекційні захворювання, про проходження професійної гігієнічної підготовки та атестації з допуском до роботи, яка не має обмежень на заняття трудовою діяльністю у сфері освіти, довідку про відсутність контактів з інфекційними хворими (термін її дії до трьох днів, це треба враховувати при зборі документів).

7.4. Поняття про сучасну шкільну патологію постави у дітей – «текстову шію», сколіоз та інші зміни хребта

Синдром Text Neck («текстова шія»/комп'ютерна шія) – новий термін у сучасній медичній літературі для опису болю в шії й можливих порушень, що виникають внаслідок характерного протягом тривалого часу нахилу голови користувачів гаджетів. За підрахунками, 75 % населення світу проводить щодня в інтернеті, схилившись над смартфонами від 2 до 5 годин у день, а діти та підлітки – по 10–12 годин. За рік накопичується 700 – 2555 «віртуальних» годин. Виростає ціле покоління з нахиленою головою!

Біль у шії – проблема, яка широко вивчається у дорослих, але ігнорується у дітей і підлітків. Розповсюдженість у дітей варіює від 5 % до 72 % та має тенденцію до зростання.

Серед дітей та підлітків неухильно зростає розповсюдженість порушень постави, функціональної нестабільності та дегенеративних змін шийного відділу хребта (остеохондроз, спондилоартроз, протрузії). Так, за даними вертебологів України, поширеність нестабільності ШВХ у дітей досягла 47 %, порушення постави приблизно у 17 % дітей дошкільного віку та 65 % в учнів старшої школи, дистрофічних змін у вигляді хондрозу та спондилоартрозу унковертебральних суглобів досягає 40 %.

- При правильній поставі навантаження на шийний відділ хребта становить приблизно 5 кг (вага голови дорослої людини).
- При нахилі голови на 15* навантаження на хребет складає 12 кг, при нахилі на 30* – 18 кг, при 45* – 22 кг, а при 60* – до 27 кг (приблизна вага 8-річної дитини), тобто можна вважати, що при такому положенні на шії сидить невидима 8-річна дитина (рис. 36).

В результаті тривалого, некоригованого м'язо-тонічного напруження м'язів шії з'являються клінічні прояви, що вказують на залучення до патологічного процесу інших структур шії: дисків та фасеточних суглобів, хребетних артерій та вен, корінців спинно-мозкових нервів, симпатичних вегетативних гангліїв та хребта в цілому (рис. 37).

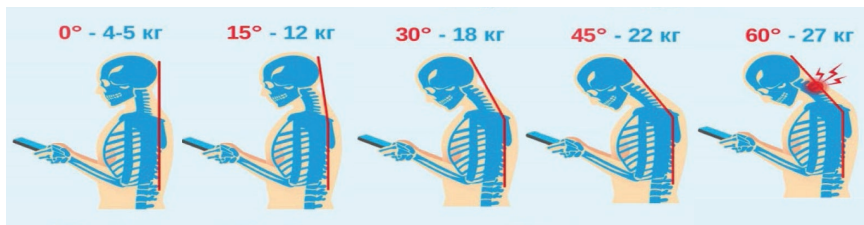


Рис. 36. Навантаження на шийний відділ хребта в залежності від нахилу голови

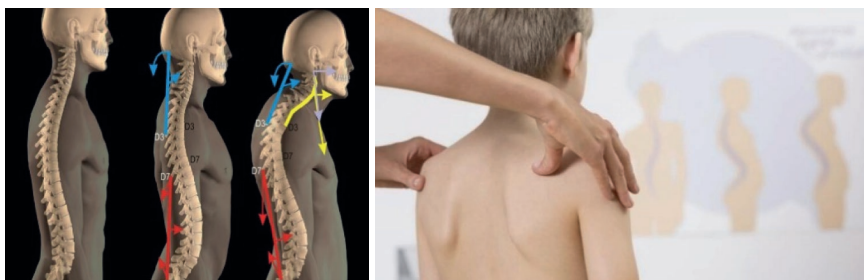


Рис. 37. Патологія хребта в результаті некоригованого напруження м'язів шії

Фізикальний огляд дитини з болями в шії включає скарги:

- ✓ біль у шії, плечах та потилиці з відчуттям затікання м'язів;
- ✓ головні болі;
- ✓ проблеми із зором;
- ✓ відчуття немовби шия висувається вперед;
- ✓ бажання випрямити спину, але цей процес приносить дискомфорт.

Власне огляд виявляє:

- Плечі, шия і голова висунуті вперед, спина сутула.
- Така поза особливо небезпечна для активно зростаючих підлітків, та саме ця вікова група особливо багато часу приділяє телефонам і планшетами!

Вимоги до організації робочого часу та місця дитини, призначення реабілітаційних заходів

- ✓ Обмежити користування мобільним телефоном та іншими гаджетами до двох годин на день.

- ✓ Монітор комп'ютера та мобільного телефону не повинен знаходитися дуже низько: розміщуйте його прямо перед дитиною, на рівні очей.
- ✓ Збільшити текст або картинку, щоб дитина не нахилилася до екрана.
- ✓ Сидіти рекомендується так, щоб спина була під кутом 100–135° щодо ніг: так хребет відчуває менше навантаження.
- ✓ Потрібно відрегулювати висоту стільця так, щоб коліна дитини були на одній прямій зі стегнами.
- ✓ Стопи ніг дитини повинні стояти на повній ступні, поряд, а не бути закинутими одна на одну (рис. 38).



Рис. 38. Організація робочого місця для роботи за комп'ютером

- ✓ Кожні 40 хвилин потрібно робити розминку (повороти шії, махи руками тощо)
- ✓ На 2-ві години в день вдягати комірць «Шанца» (рис. 39)
- ✓ Вправи для шії при патології ШВХ у дітей потрібно починати виключно після обговорення з кваліфікованим лікарем. Комплекс вправ розробляється індивідуально, в залежності від патології ШВХ (рис. 40).



Відчуття при виконанні вправ не повинні бути дискомфортними, при необхідності призначаються консультації дитячих невролога та вертебролога!

Рис. 39. Комірць «Шанца»

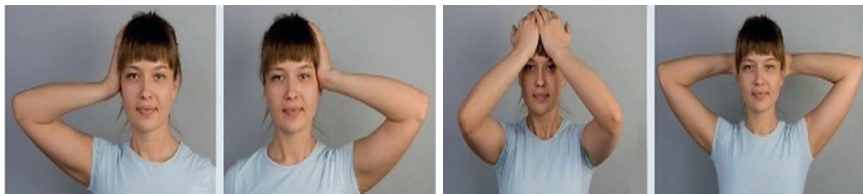


Рис. 40. Вправи для шиї при патології ШВХ у дитей

Сколіоз у дітей (рис. 41) – найпоширеніший патологічний процес, що характеризується викривленням хребта убік і зміною форми хребців, найчастіше пов'язаний з довготривалим вимушеним положенням тіла, зокрема у школярів. Означені зміни впливають не тільки на зовнішній вигляд дитини, який псує поставу, а ще й на виникнення ряду серйозних захворювань спини та внутрішніх органів. Важливо вчасно виявити і почати лікування, бо хребет піддається відновленню тільки в дитячому віці.

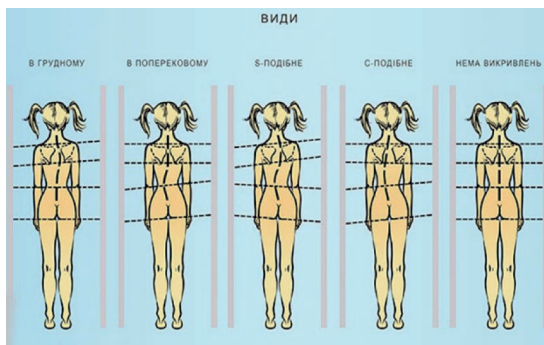


Рис. 41. Класифікація постави та види сколіозу

Методика виявлення ознак сколіозу у дітей (рис. 42):

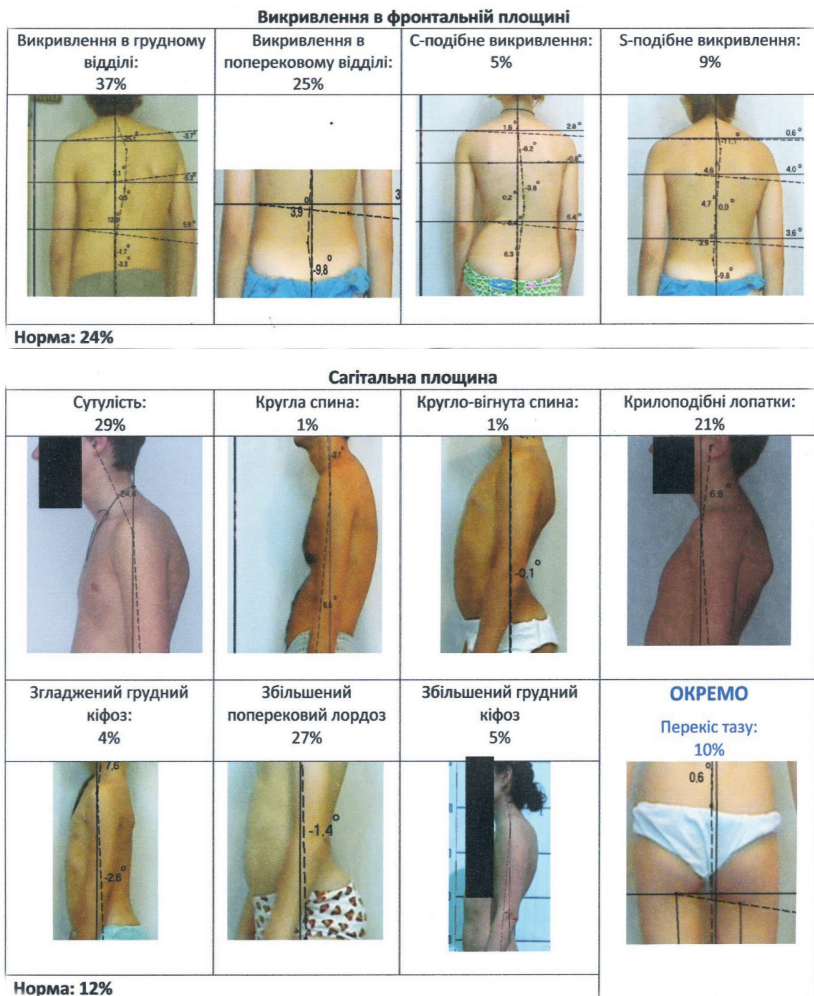


Рис. 42. Результати обстеження фото-комп'ютерним методом діагностики 402 дітей 1–10 класів шкіл м. Києва у відсотковому співвідношенні за даними центру Євминова (2018 р., www.evminov.com)

1. Голова малюка, якщо дивитися з боку спини, знаходиться не прямо по центру тіла, а відхилена в праву або ліву сторону.
2. При спокійному положенні дитини помітно: одне плече вище іншого, відстань від одного плеча до вуха малюка на цій стороні менша, ніж відстань від плеча до вуха на іншій стороні тіла.

3. Одна лопатка дитини знаходиться вище, вона більш висунута, кут лопатки помітно виступає, тоді як інша лопатка може мати нормальне положення.
5. Лопатки можуть бути розташовані несиметрично, виступати під різними кутами, т.з. «крилоподібні лопатки», що краще визначається при невеликому нахилі тіла дитини вперед.
6. Хребетний стовб зігнутий і не демонструє пряму лінію від потилиці до куприка дитини. Нитка з прив'язаним вантажем прикладена по центру западини на шиї малюка в нормі повинна проходити чітко по центру хребетного стовба. При викривленні хребта буде нагадувати букву С або S в бік від нитки.
7. Коли у спокійному стані дитина стоїть, опустивши руки вздовж тулуба, відстань між рукою і талією на правій і лівій стороні буде неоднаковою, тобто спостерігається асиметрія «трикутників талії».
8. Одне стегно малюка вище іншого, сідниці дитини розташовані не на одній горизонтальній лінії. Тазова частина тіла може бути зміщена в праву або ліву сторону, як ознака «кососкошеного тазу».
9. Одна рука у дитини здається довшою внаслідок асиметричного положення рівня плечей.
10. При нахиленні дитини вперед з вільно опущеними руками, не згинаючи ніг, можна виявити реберне вибухання при верхньогрудному і грудному типу сколіозу, а також м'язовий валик в ділянці попереку, який з'являється при викривленні нижнього відділу хребта.

Так, при виявленні у дітей різних проявів викривлень хребта та порушень постави рекомендуються: регулярні заняття ЛФК з використанням методики на профілакторі Євминова, а також масаж, плавання та збалансований раціон харчування з корекцією вмісту мінерало-вітамінних компонентів.

7.5. Основи знань дитячих інфекційних хвороб для медсестри ДНЗ

Медсестра ДНЗ повинна уміти розпізнавати ознаки перших проявів інфекційних хвороб для ізоляції хворих та контактних, запровадження карантину тощо (*табл.12*).

Таблиця 12

Основи знань дитячих інфекційних хвороб

Інфекція	Коли хворий стає небезпечним для оточуючих	Чи заразний хворий під час хвороби	Чи заразний хворий після зникнення симптомів	Карантин
1	2	3	4	5
Краснуха	З 7-го дня зараження	Так, поки є висипка	4 дні	21 день
Кір	З 5–18 дня зараження	Так, поки є висипка	4 дні	17 днів
Вітряна віспа	З появи перших симптомів	Так, поки є висипка	5 днів	21 день
Скарлатина	З появи перших симптомів	Тільки перші дні захворювання	Не заразний	7 днів
Кашлюк	З 2–18 дня	Весь перший тиждень, потім, ступінь заразності поступово знижується до 4-го тижня	4 тижні	14 днів
Дифтерія	З появи перших симптомів	2 тижні	Можливе безсимптомне носійство до 6 місяців	7 днів
Паротит	За 1–2 дні до появи перших симптомів	10 днів	Незаразний	21 день
ГРВІ та грип	За 1–2 дні до появи перших симптомів	До 10 днів	До 50 днів в залежності від збудника	3–5 днів
Поліомієліт	З 2 дня	3–6 тижнів	Незаразний	21 день
Вірусні кишечні інфекції	З появи перших симптомів	5–7 днів	20–30 днів	5–7 днів

Продовження табл. 12

1	2	3	4	5
Вірусний гепатит А	3 2–23 дня	Доки триває жовтуха (приблизно 1 місяць)	До 6 місяців	35 днів
Дизентерія	3 появи перших симптомів	Увесь період хвороби	1–4 тижні	7 днів
Сальмонельоз	3 появи перших симптомів	Увесь період хвороби	3 тижні (у 5 % перехворілих носійство залишається більше року)	7 днів

Велика кількість дітей в навчальних колективах та щільний контакт між ними сприяють більш легкому розповсюдженню інфекцій. З метою запобігання зараження дітей інфекційними агентами значну увагу потрібно приділяти засобам профілактики. Це стосується і звичайних ГРВІ та грипу, і так званих дитячих інфекцій (кір, краснуха, вітрянка).

Крім обов'язкової вакцинації (специфічної профілактики) існують високоефективні методи медикаментозного профілактичного впливу, особливо для тих дітей, які або не встигли провакцинуватися, або мають певні протипокази. Одним з таких препаратів з доведеним високим профілем безпеки, та високоефективним у відношенні до розвитку найчастіших інфекційних хвороб удітей (напр. грип, ГРВІ, вітрянка, кір) – є Інфлюцид. В дослідженнях саме в організованих дитячих колективах було доведено його ефективне профілактичне застосування по 1 табл. 3 рази на день протягом 3 тижнів з 1 вересня та другий такий же курс з 1 березня з результатом противірусного захисту у 87 % дітей протягом 3 місяців епідемічного сезону (осінь-зима).

7.6. Обладнання медичного кабінету ДНЗ

Медичний кабінет будь-якого закладу освіти повинен мати таке обладнання:

- стіл письмовий робочий;
- стіл медичний (маніпуляційний);

- стільці;
- кушетка вкрита медичною клейонкою з ширмою;
- ваги та ростомір (відповідно до віку);
- шафа канцелярська;
- шафа для медикаментів (бажано зі скляними дверцятами);
- холодильник;
- вішак для медичного одягу;
- простирадло;
- умивальник.

Обладнання для здійснення медичного обстеження включає:

- динамометр ручний;
- секундомір;
- скіаскопічні лінійки (призначені для об'єктивного визначення рефракції ока);
- таблиці для визначення гостроти зору;
- лампа дзеркальна для отоскопічного та офтальмологічного дослідження;
- дзеркальний офтальмоскоп ручний;
- поліхроматографічні таблиці для визначення кольоровідчуття;
- шпатель;
- лоток ниркоподібний;
- термометри;
- тонометр;
- фонендоскоп;
- отоскоп;
- пульсоксиметр;
- джгут, пінцет, ножиці, бікси зі стерильним матеріалом;
- шприци на 2,0; 5,0; 10,0;
- шини для верхніх та нижніх кінцівок;
- ноші, лангети;
- маска гумова лицьова, гумовий фартух, металевий таз, горщик;
- гумові груші з наконечниками, кружка Есмарха;

- маски одноразові;
- одноразові медичні рукавички;
- повітропровід;
- мішок Амбу;
- пантограф;
- бактерицидні лампи: пересувна та стаціонарна;
- грілка;
- лупа, гребінець;
- міхур з льодом.

Окрім цього в медпункті мають бути дезінфікуючі розчини, промаркований інвентар, гумові рукавички.

Перелік препаратів та медичних засобів для надання первинної допомоги у медпунктах ДНЗ представлені в додатках.

7.7. Документація медичного кабінету ДНЗ

Документація, яку веде та заповнює медична сестра закладу освіти:

- ✓ Медична карта дитини форма 026/0.
- ✓ Контрольна карта диспансерного нагляду форма 030/0.
- ✓ Карта профілактичних щеплень форма 063/- та індивідуальна 063/1.
- ✓ Журнал обліку профілактичних щеплень форма 064/0.
- ✓ Журнал обліку інфекційних захворювань форма 060/0.
- ✓ Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, надзвичайну реакцію на щеплення форма 058/0.
- ✓ Журнал обліку роботи з гігієнічного виховання форма 038/0.
- ✓ Річний план роботи медсестри.
- ✓ Щоденний план роботи медичної сестри.
- ✓ Журнал обліку медичних оглядів працівників закладу освіти (в медичному пункті зберігаються усі особисті медичні книжки).

- ✓ Журнал здоров'я працівників харчоблоку (у ньому зазначено прізвища працівників, присутніх на робочому місці, та їхні особисті підписи про відсутність дисфункції кишківника та гострих респіраторних інфекцій.) Заповнюється щодня.
- ✓ Журнал звернень за медичною допомогою (амбулаторний).
- ✓ Журнал антропометрії ДНЗ.
- ✓ Журнал здоров'я (вписуються дані про показники фізичного стану та особливості здоров'я учнів).
- ✓ Диспансерний журнал (вносяться діагнози учнів, які стоять на диспансерному обліку).
- ✓ Журнал медичного обліку проведення уроків фізкультури.
- ✓ Журнал обліку травматизму.
- ✓ Журнали (два) обліку бракованої готової та сирої продукції.
- ✓ Журнал обліку норм харчування.
- ✓ Журнал контролю за харчуванням дітей, яким необхідне дієтичне харчування.

7.8. Організація медичного забезпечення дитячого табору відпочинку

Охорона життя та здоров'я дітей під час відпочинку – одне з найважливіших питань у роботі табору з денним та цілодобовим перебуванням. Дитячий заміський стаціонарний заклад – установа, що розміщена в окремому будинку за межами населеного пункту, де діти перебувають цілодобово. Денний табір, як правило, знаходиться на території закладу освіти, де діти перебувають лише вдень.

Медпункт на території табору знаходиться в окремому приміщенні, де розміщені (рис. 43):

- оглядовий кабінет лікаря;
- маніпуляційний кабінет;
- кімнати ізолятора, де можуть цілодобово перебувати діти у випадках їх ізоляції від інших дітей;
- два санітарних вузли;
- душова кімната.



Рис. 43. Організація роботи медпункту дитячого табору відпочинку

До штату медпункту дитячого табору відпочинку входять, як правило, лікар-педіатр (інколи стоматолог), 1–2 медичні сестри та 1–2 дієтсестри. Його обладнання, як і в інших закладах освіти, повинно мати запас медикаментів та перев'язувального матеріалу, щоб його вистачило на зміну.

У день заїзду в табір дитина відвідує медичний пункт, де лікар ознайомлюється із супровідними документами: довідка від сімейного лікаря про стан здоров'я і відсутність контакту з інфекційними хворими форма 079/0 (з відміткою про епідемоточення та випискою з карти профілактичних щеплень). Крім того, сімейний лікар повинен написати направлення в СЕС для отримання довідки про відсутність у дитини педиккульозу (зазвичай лікар сам видає цю довідку). Медична сестра обов'язково повторно оглядає дітей на педиккульоз та коросту.

7.9. Функціональні обов'язки та вимоги до медичної сестри дитячого табору відпочинку

Медична сестра дитячого табору призначається на посаду та звільняється наказом директора табору. Вона повинна мати середню медичну освіту за спеціальністю «Сестринська справа», «Акушерська справа», «Лікувальна справа», «Фельдшер» та сертифікат спеціаліста з удосконаленням по «Загальній практиці» або «Сестринській справі у педіатрії».

Медичній сестрі необхідно мати практичний досвід роботи з екстреної медичної допомоги, а також досвід оформлення медичної документації. Вона повинна мати особисту медичну книжку з резуль-

татами медичних обстежень та лабораторних досліджень, відомостями про щеплення, перенесені інфекційні захворювання, про проходження професійної гігієнічної підготовки та атестації з допуском до роботи, яка не має обмежень на заняття трудовою діяльністю у сфері освіти, довідка про відсутність контактів з інфекційними хворими (термін її дії до трьох днів, це треба враховувати при зборі документів).

Згідно з Правилами внутрішнього розпорядку, медсестра повинна постійно перебувати на території табору та залишати її виключно з дозволу директора табору. Вона повинна:

- ▶ виконувати призначення лікаря;
- ▶ здійснювати контроль за санітарним станом приміщень табору;
- ▶ проводити оздоровчі заходи щодо запобігання захворюванням;
- ▶ надавати першу медичну допомогу при захворюваннях, нещасних випадках (травмах), направляти потерпілих чи хворих у разі потреби до найближчого лікувально-профілактичного закладу та супроводжувати їх, викликати «швидку допомогу»;
- ▶ вести облік загальних та інфекційних захворювань, ізолювати хворих дітей, разом із лікарем встановлювати терміни та необхідність карантину в загоні;
- ▶ доповідати лікарю та директору дитячого оздоровчого табору, інформувати санітарно-епідеміологічну станцію про кожен випадок інфекційного захворювання;
- ▶ бути присутньою на ранкових зарядках, спортивних святах та масових заходах, у походах до лісу, при купанні дітей у морі, річці, водоймі (мати з собою медичну аптечку для надання допомоги);
- ▶ щодня оглядати на гнійничкові захворювання працівників харчоблоку їдальні; контролювати якість продуктів, їх зберігання та дотримання термінів використання, вести контроль за організацією харчування та якістю приготування їжі, дотриманням норм продуктів, перевіряти санітарний стан харчоблоку та їдальні, знімати пробу з готових страв;
- ▶ вживати заходів разом із директором дитячого табору, шеф-кухарем (завідувачем виробництва) щодо покращення організації харчування, асортименту продуктів, створення умов

для якісного приготування їжі та її реалізації у їдальні оздоровчого табору;

- ▶ стежити за порядком у медичному кабінеті, забезпечувати обробку інструментів у межах своєї компетентності;
- ▶ вчасно готувати заявки на медикаменти, дезінфікуючі засоби, перев'язувальний матеріал, медичний інструментарій;
- ▶ вчасно та якісно оформляти медичну та іншу службову документацію. Кваліфіковано та своєчасно виконувати накази, розпорядження та доручення директора дитячого табору, а також нормативно-правові акти щодо своєї професійної діяльності.

Впродовж усієї зміни дитина може звернутись до медичного пункту з будь-якого питання стосовно здоров'я у будь-який час (медичний персонал перебуває на території табору цілодобово).

7.10. Базові вимоги до облаштування бомбосховищ та укриттів у закладах освіти

Види захисних споруд цивільного захисту

Ст. 32 глави 7 Кодексу цивільного захисту України визначено такі різновиди захисних споруд (сховищ) цивільного захисту:

- **сховище** – герметична споруда для захисту людей, у якій протягом певного часу створюються умови, що виключають вплив на них небезпечних чинників, які виникають унаслідок надзвичайної ситуації, воєнних (бойових) дій та терористичних актів;
- **протирадіаційне укриття** – негерметична споруда для захисту людей, у якій створюються умови, що виключають вплив на них іонізуючого опромінення в разі радіоактивного забруднення місцевості та дії звичайних засобів ураження;
- **споруди подвійного призначення** – наземні або підземні споруди чи їхні частини, що спроектовані або пристосовані для використання за основним функціональним призначенням, зокрема для захисту населення, і в яких створені умови для тимчасового перебування людей;
- **швидкосторуджувана захисна споруда цивільного захисту** – споруда, що зводиться (виготовляється, монтується) в осо-

бливий період нарощування фонду захисних споруд і за короткий час зі спеціальних конструкцій (виробів), вимоги до яких встановлюються будівельними нормами, стандартами та правилами;

- **найпростіше укриття** – це фортифікаційна споруда, цокольне або підвальне приміщення, інша споруда підземного простору, в якій можливе тимчасове перебування людей задля зниження комбінованого ураження від небезпечних чинників та від дії засобів ураження в особливий період.

Для учасників освітнього процесу найбезпечніше, щоб укриття (сховище) розташовувалося безпосередньо в ЗО, а не на відстані в окремій будівлі. Якщо укриття знаходиться поряд зі школою, є ризики, що не всі діти зможуть встигнути вчасно евакуюватися, оскільки під час повітряної тривоги кожна секунда переміщення до укриття може коштувати життя.

Основні вимоги до наявності обладнання в сховищах представлено прес-службою Міністерства освіти і науки України 2022 р. (рис. 44) (<https://mon.gov.ua/ua/news/bezpeka-pid-chas-navchannya-rekomendaciyi-shodo-organizaciyi-ukrittya>)



Рис. 44. Основні вимоги до укриттів та обладнання

Перелік комплектації аптечки представлено у додатках згідно з Вимогами щодо утримання та експлуатації захисних споруд цивільного захисту, затверджених МВС України, остання редакція 13.09.2022р. (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0879-18#n777>).

7.11. Поняття про першу допомогу та загальний алгоритм дій

Перша допомога – це проведення найпростіших медичних заходів для порятунку життя, зменшення страждань потерпілого і запобігання розвитку можливих ускладнень. Професійно таку допомогу надають медичні працівники, але не завжди «швидка» може прибути вчасно на місце події. Тому вміння кожного надати першу необхідну допомогу постраждалим до прибуття відповідних служб може зіграти вирішальну роль у порятунку життя людини.

Алгоритм дій по наданню першої допомоги:

1. Оглянути місце події, упевнитись, що надання допомоги буде безпечним для вас і потерпілого.
2. Оцінити стан постраждалого (свідомість, дихання, пульс).
3. Викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, а також інші екстрені служби (поліцію, аварійно-рятувальну службу, службу газу тощо).
4. За наявності критичної кровотечі зупинити її.
5. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
6. Якщо у постраждалого відсутні ознаки життя та немає критичної кровотечі (або ви її вже зупинили) – розпочати серцево-легеневу реанімацію.
7. Якщо серцево-легенева реанімація була вдалою і немає підозри на травму хребта та кісток таза, перевести постраждалого у стабільне положення (на боці, обличчям до себе, рука під головою, нога зігнута в коліні).
8. До прибуття екстрених служб контролювати стан постраждалого та не залишати його.

!!! Реєструвати кожен нещасний випадок, який стався під час навчально-виховного процесу та невиробничого характеру в

єдиному «Журналі реєстрації нещасних випадків, що сталися з вихованцями, учнями, відпочиваючими, ін.».

В сучасних воєнних умовах для рятування, евакуації та транспортування постраждалих та поранених, особливо дітей, широко використовують теплоізоляційні рятувальні ковдри (рис. 45), інші назви: ізотермоковдра, аварійна, протишокова ковдра, NRC-фольга, термофольга, ізотермічна фольга, ін.).



Рис. 45. Застосування ізотермічних рятувальних ковдр для теплозбереження

Поліетиленова міцна плівка з нанесеним алюмінієвим напиленням здатна відбивати тепло тіла людини, яка знаходиться в ньому, і зберігати при цьому температуру вище, ніж у навколишньому середовищі. Якщо вивернути покривало на іншу сторону, воно дає зворотний ефект. Ковдра з фольги має такі переваги: компактна (при згортанні її розмір 10×10 см, у розгорнутому вигляді – 130–160×210 см), захищає від сонця, вітру, холоду та промокання, її можна використовувати в якості нош (здатна витримувати вагу до 200 кг) або для зберігання їжі. Як правило, знаходиться в комплектації військовослужбовців, рятувальників, медичних працівників.

Для підвищення ефективності та швидкості надання невідкладної медичної допомоги запропоновано командний підхід для виконання невідкладних дій у екстремальних умовах, який прописаний у Стенфордській програмі алгоритмів дій при невідкладних станах та анестезіології, що відображено на діаграмах (рис. 46).

ПОРЯДОК НЕВІДКЛАДНИХ ДІЙ

Завчасно поклич на допомогу

- Поклич на допомогу завчасно, щоб вплинути на ситуацію
- Проси про допомогу лише кваліфікований персонал
- Мобілізуй вузьких спеціалістів чиї навички можуть знадобитись

Визнач лідера

- Лідерство має бути чітко визначене
- Інформуй членів команди про їх обов'язки
- «Підлегли» повинні постійно запитувати хто лідер

Підготовка і планування

- Готуйся до складних періодів процедури у той час, коли навантаження менше
- Знай як поводитись у кризові періоди і попередньо підготуй план дій

Чітко встанови ролі

- Визнач хто що робить
- Признач зони відповідальності залежно від знань, навичок та вмінь
- Колеги можуть самі запропонувати свою роль

Увага до оточення

- Будь обережні
- Знай як апаратура працює і де знаходиться
- Пам'ятай про вразливі і небезпечні оточуючі предмети

Розділи навантаження

- Призначай конкретні завдання членам команди відповідно до їхніх здібностей
- Перерозподіли завдання, якщо хтось перенавантажений або не справляється

Використовуй всю доступну інформацію

- Зчитуй інформацію з багатьох джерел
- Перевіряй інформацію та дослухайтесь до колег

Комунікуй ефективно

- Чітко давай команди і відповіді
- Отримай підтвердження запиту
- Унікаль безцільних висловлювань
- Обмін інформацією має відбуватись між усім персоналом

Розумно розподіляй увагу

- Усунь або зменш відволікаючі фактори
- Відстежуй втому і перевантаження даними
- Унікаль фіксації на одній деталі
- Долучай інших для допомоги/контролю

Мобілізуй ресурси

- Залучай всі корисні ресурси включаючи обладнання і/або додатковий персонал

Використання підказок

- Ознайомся з розташуванням, форматом і змістом підказок
- Підтримуй їх ефективне використання
- Вони можуть мати форму плакатів, блок-схем, чек-листів, мнемосхем

Рис. 46. Командна стратегія порядку невідкладних дій згідно з Стенфордською програмою алгоритмів дій у невідкладних станах та анестезіології V4.4.2022 (2008, Diagram:S.Goldhaber-Fiebert, K.McCowan, K.Harrison, R.Fanning, S.Howard, D.Gaba)

7.12. Догоспітальна зупинка сильної кровотечі при вибухових пораненнях у дітей

Згідно з розробленим у 2019 році у Великобританії та постійно оновлюваним «Польовим посібником педіатричних вибухових поранень» якраз медичні працівники відіграють важливу роль у порятунку життя та заходах невідкладної допомоги постраждалим від вибухових травм дітям. Перше, що необхідно зробити медичним працівникам – це сортування постраждалих дітей, що робиться за такими принципами (рис. 47).

Користуйтеся схемою сортування, яка вам знайома, або:

МЕРТВИЙ ● • Відсутність пульсу та дихання з відкритими дихальними шляхами

ЧЕРВОНИЙ ● • Явна або прогнозована обструкція дихальних шляхів, але пацієнт все ще дихає з допомогою

- Втрата свідомості
- Очевидна тривала кровотеча або накладений джгут

Патологічні показники життєво-важливих функцій:

ВІК:	Частота дихання	Пульс
Немовля	Більше ніж 50 або менше ніж 30	Більше ніж 140
Дитина молодшого віку	Більше ніж 30 або менше ніж 20	Більше ніж 130
Дитина старшого віку	Більше ніж 25 або менше ніж 15	Більше ніж 120

ЖОВТИЙ ● • Всі інші, хто не може ходити

Увага: частота серцевих скорочень надана для дорослих. Вона НЕ Є надійною для дітей.

Рис. 47. Схема сортування поранених дітей для надання невідкладної допомоги

Далі рекомендується керуватися безпечною методикою та застосувати правило «Трикутника першої допомоги» (рис. 48):



Рис. 48. Правило «Трикутника першої допомоги» при зупинці сильної кровотечі

Отже, для запобігання смерті від втрати крові, зупиняючи сильноу кровотечу, медичний працівник повинен діяти за таким алгоритмом:

- 1) Накладіть джгут на всі ампутовані кінцівки.
- 2) Виконуйте постійний і прямий тиск за допомогою пов'язки або чистого матеріалу на будь-які рани з сильною кровотечею – не видаляйте матеріал з рани!
- 3) Якщо тиск не зупиняє кровотечу пораненої кінцівки, накладіть джгут безпосередньо над раною і затягніть до зупинки кровотечі. Можна накласти подвійний джгут.
- 4) Намагайтеся записати чи запам'ятати час накладання джгута.
- 5) Після зупинки сильної кровотечі переходьте до забезпечення прохідності дихальних шляхів за відомою методикою.
- 6) Контролюйте зупинку кровотечі та підтримуйте дихальні шляхи.
- 7) Тримайте дитину в теплі і сухості. Перемістіть в укриття, якщо можливо, і покладіть на ковдру або одяг та вкрийте.
- 8) Дайте дитині кілька ковтків води.
- 9) Обробіть незначні рани, якщо дозволяє час.
- 10) Не зволікайте з транспортуванням дитини, якомога швидше прямуйте до медичного закладу – якщо немає допомоги, шукайте джерело альтернативного транспорту.
- 11) Запишіть, якщо можливо, місце та деталі події, стан постраждалого та свої дії, відправте разом з дитиною. Використовуйте камеру, якщо вона доступна, для запису події.
- 12) Переконайтеся, що батьки або опікуни залишаються разом з дитиною, або знають деталі місця знаходження дитини.

7.13. Невідкладна допомога дітям при гострій дихальній недостатності. Базові реанімаційні заходи у дітей відповідно до рекомендацій American Heart Association, 2020. Алгоритм практичної навички (PBL5)

Набряк легень

1. Надати потерпілому напівсидячого положення.
2. Звільнити грудну клітку від одягу, що обмежує рухи.
3. Забезпечити доступ свіжого повітря.

4. Джгути на кінцівки на 20-30 хв.
5. Відновлення вільної прохідності дихальних шляхів (постійно відсмоктувати рідину з верхніх дихальних шляхів).
6. Дача кисню та піногасників.
7. Госпіталізація.

Легенева кровотеча

1. Надати потерпілому напівсидячого положення.
2. Заспокоїти.
3. Звільнити грудну клітку від одягу.
4. Джгути на кінцівки.
5. Міхур з льодом до грудної клітки.
6. Негайна госпіталізація.

Зупинка дихання

Базові реанімаційні заходи (див. розділ 8 навчального посібника 2-го курсу «Догляд за здоровою та хворою дитиною»).

7.14. Перша допомога дітям при гострій серцево-судинній недостатності

Гостра серцева недостатність:

а) лівошлуночкова:

1. Відновити прохідність дихальних шляхів.
2. Накласти джгути на кінцівки на 20-30 хв. або манжетки Ріва-Роччі (тиск 30-40 мм рт.ст.)

б) правошлуночкова:

1. Усунення причини, що викликала серцеву недостатність (ліквідація бронхоспазму, видалення стороннього тіла).
2. Оксигенотерапія.

Гостра судинна недостатність:

а. Непритомність

1. Забезпечити доступ свіжого повітря (відкрити вікно, двері).
2. Розстебнути одяг.
3. Покласти дитину горілиць з дещо закинutoю головою, трохи підняти ноги, щоб збільшити притік крові до голови.

4. Піднести до носа ватку, змочену розчином нашатирного спирту або оцту.
5. Збризкати обличчя і грудну клітку холодною водою або змочити ці частини тіла мокрим рушником.
6. Подразнювати шкірні рецептори голкою.
7. Розтерти скроні, тіло, обкласти хворого грілками.
8. Напоїти міцним чаєм.
 - б. Колапс

Вживання заходів при непритомності.

Кардіогенний шок

1. Покласти хворого на горизонтальну поверхню з трохи піднятою головою.
2. Оксигенотерапія, штучна вентиляція легень (ШВЛ).

Зупинка серця (допомога – див. вище)

1. Горизонтальне положення тіла на твердій поверхні.
2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
3. Проводити непрямий масаж серця.
4. Проводити ШВЛ.

Для ефективного надання реанімаційних заходів необхідно знати фізіологічні показники за віком (рис. 49).

У дітей зупинка серця є вторинною по відношенню до дихальної недостатності і шоку. Виявлення дітей з цими проблемами має важливе значення для зниження ймовірності дитячої зупинки серця та максимізації виживання і відновлення. На цьому заснована ланка профілактики, яка додається до т.з. Педіатричного Ланцюга Виживання, який описує послідовність заходів порятунку життя за допомогою графічних елементів, де кожна ланка є окремою та пов'язаною з іншими етапами надання допомоги. До Педіатричного Ланцюга Виживання за American Heart Association, 2020 входять наступні дії:

1. Недопущення зупинки кровообігу.
2. Рання високоякісна реанімація свідками випадку.
3. Швидка активація системи ЕМД (*екстреної медичної допомоги*) або іншої системи екстреного реагування.

Вік	Орієнтовна маса тіла (кг)	ЧДР у стані спокою Дих.рухів на хв 5-95 центиль	ЧСС ударів на хв 5-95 центиль	Сист. АТ		
				5 центиль	50 центиль	95 центиль
Ново- народ- жений	3.5	25-50	120-170	65-75	80-90	105
1 місяць	4.5	25-45	115-160	70-75	85-95	110
3 місяців	6.5					
6 місяців	8					
12 міс.	9.5	20-40	110-160	70-75	85-95	110
18 міс.	11	20-35	100-155	70-80	85-100	
2 років	12	20-30	100-150	80-90	90-110	
3 років	14	15-25	90-140			
4 років	16		80-135			
5 років	18		80-130	70-120	90-105	100-120
6 років	21	65-115				
7 років	23					
8 років	25		60-110	90-105	100-120	125-140
9 років	28	12-24				
10 років	31					
11 років	35		65-115	90-105	100-120	125-140
12 років	43					
14 років	50					
Дорослий	70					

Рис. 49. Нормативи фізіологічних показників життєдіяльності у дітей різного віку («Польовий посібник педіатричних вибухових поранень», 2019)

- Ефективні спеціалізовані заходи з підтримки життя, включаючи швидку стабілізацію та транспортування до місця лікування та реабілітації.
- Інтегроване лікування після зупинки кровообігу.
- Відновне лікування після зупинки кровообігу. Алгоритм дій (див. розділ 8 навчального посібника 2-го курсу «Догляд за здоровою та хворою дитиною»).

7.15. Перша допомога дітям при гіпер- та гіпоглікемічній комах, тиреотоксичному кризі, гострій недостатності надниркових залоз та тиміко-лімфатичному статусі

Гіперглікемічна кома є найтяжчим ускладненням цукрового діабету. Вона розвивається внаслідок грубого порушення дієти, раптового припинення лікування інсуліном, у зв'язку з гострими інфекційними захворюваннями, гострими запальними процесами, фізичною та психічною травмою. У дитячому віці коматозний стан розвивається дуже легко.

Рівень глюкози в крові натще підвищується до 22–30 ммоль/л (норма 3,0–5,1 ммоль/л), кетонові тіла в крові підвищуються до 860–1377 мкмоль/л (норма 200–600 мкмоль/л), накопичуються недоокислені продукти білкового обміну, азотисті речовини, органічні кислоти, виникають глибокі функціональні та морфологічні зміни, які призводять до коми (рис. 50).

Для клінічної картини гіперглікемічної коми характерні: запах ацетону, блювання, спрага, загальна гіпотонія, падіння кров'яного тиску, зниження тонусу очних яблук, сухість шкіри і слизових оболонок, жовтувате забарвлення шкіри на долонях, біль у животі, закрепи. Свідомість згасає не одразу: спочатку розвивається в'ялість, що поступово посилюється, наростає сонливість, і хворий непритомніє.

Кома є загрозливим для життя станом, який треба негайно лікувати (рис. 51).

Гіпоглікемічна кома

Гіпоглікемія характерна для початкового періоду діабету при визначенні дієти та інсулінотерапії, підвищенні дози інсуліну, після голодування або фізичного напруження.

Дитина стає неспокійною, скаржиться на головний біль, блювання. Хворі відчують голод, але самі не можуть їсти через психічну та м'язову в'ялість, спраги не відчують. Шкіра волога внаслідок збільшеної пітливості. Дихання спокійне, запаху ацетону у видихуваному повітрі не чути. Пульс швидкий, високий, нерегулярний. Кров'яний

тиск нормальний або підвищений, у випадках раптового зниження рівня цукру може бути знижений. Тонус очних яблук нормальний. Швидко розвивається в'ялість, м'язова гіпотонія, тремор кінцівок, виникають судоми, втрата свідомості.

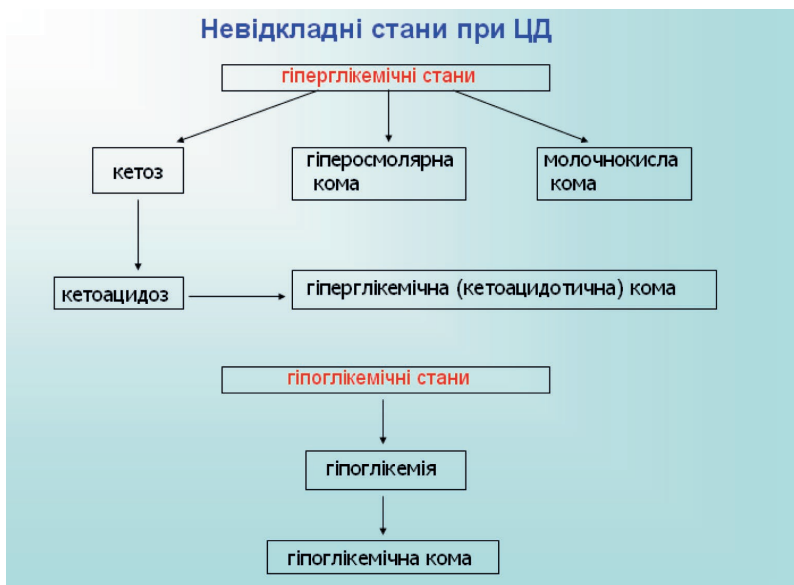


Рис. 50. Невідкладні стани при цукровому діабеті

Коми при цукровому діабеті

Гіперглікемічна

- Поступовий початок
- Шкіра суха
- Очні яблука м'які
- Дихання Кусс-Мауля
- У повітрі, яке видихає хворий, чути запах ацетону
- Рівень цукру у крові високий
- В сечі визначаються цукор і ацетон

Гіпоглікемічна

- Раптовий початок
- Шкіра волога
- Очні яблука тверді
- Можливі судоми (тонічні, клонічні)
- Рівень цукру у крові знижений

Рис. 51. Коми при цукровому діабеті

Діагностичним критерієм гіпоглікемії є низький рівень глюкози у крові та відсутність її в сечі. Треба, однак, пам'ятати, що вищий від нормального вміст глюкози в крові і наявність її в сечі не виключають розвиток гіпоглікемічного стану (у випадках раптового зниження глюкози в крові).

У дітей, у яких гіпоглікемічна кома триває понад годину, органічні зміни в центральній нервовій системі і гангліях вегетативної нервової системи можуть стати причиною тривалих необоротних неврологічних змін. Тому необхідно вчасно вживати заходи для лікування цього стану (табл.13).

Таблиця 13

Лікування гіпо-та гіперглікемічної коми

Лікування гіпоглікемічної коми	Лікування гіперглікемічної коми
Негайно підняти цукор (з'їсти солодке)	Інсулін в/в струменево на ізотонічному розчині
40 % глюкоза, потім 5 %	Усунення зневоднення (ізотонічний розчин)
Симптоматичне лікування	Буферизація крові (натрію гідрокарбонат)
	Симптоматичне лікування

Тиреотоксичний криз може виникати при гіперфункції щитовидної залози.

У дітей виникає надмірна активність, дратівливість, підвищена пітливість, очні симптоми (екзофтальм, симптом Грефе, Штельвага, Мебіуса). Показники в крові білково-зв'язаного йоду значно перевищують норму, досягаючи 1575 нмоль/л.

Тиреотоксичний криз потребує негайного лікування.

Гостра недостатність надниркових залоз

1. Зігріти дитину.
2. Негайно викликати лікаря, за його призначенням внутрішньовенно або внутрішньом'язово ізотонічний розчин хлориду натрію з 5 % розчином глюкози.

Тиміко-лімфатичний статус

1. Оксигенотерапія.

- Негайно викликати лікаря, за його призначенням ввести внутрішньом'язово кортикостероїди.

7.16. Перша допомога дітям при сонячному та тепловому ударі

В залежності від клінічних проявів виділяють 3 ступені сонячного та теплового ударів.

Легкий ступінь (I) має ознаки – головний біль, шум у вухах, приплив крові до голови, блідість шкіри, почервоніння обличчя, рясний піт, спрага, прискорення дихання, хвилювання. На окремих ділянках шкіри можуть бути ознаки сонячного опіку. Температура тіла збільшується до 38–39° С.

Середньотяжкий ступінь (II) – з'являється ядуха, серцебиття, нудота, слабкість, сильний головний біль, галюцинації, втрата свідомості, зіниці звужуються і слабо реагують на світло, можуть бути судоми. Шкіра гіперемована, губи сухі, ціанотичні. Тахіпное, тахікардія. Температура тіла сягає 39–40° С.

Тяжкий ступінь (III) – коматозний стан, глибока втрата свідомості, марення, галюцинації, судоми, блювота, порушення функції дихання, гемодинаміки, реологічних властивостей крові: температура тіла 40–41° С. Без надання медичної допомоги настає смерть.

Перша допомога

Потерпілу дитину потрібно перенести в прохолодне місце, покласти на спину з трохи піднятою головою, роздягнути, забезпечити їй спокій і достатній доступ свіжого повітря. Прикладають холод до голови, роблять холодне обертання, дають прохолодні напої (фруктові соки, вода). При підвищенні температури тіла – жарознижуючі засоби (аналгін, ацетилсаліцилова кислота, амідопірин). При втраті свідомості і судомах дитину треба негайно доставити до лікарні.

При зупинці дихання і серцевої діяльності потрібно приступити до масажу серця і штучної вентиляції легень.

Для покращення загального стану потерпілого обережно транспортують до найближчого стаціонару.

7.17. Надання первинної допомоги дітям при опіках різного походження

Опіки у дітей зустрічаються частіше, ніж у дорослих. Вони виникають у разі дії високої температури, хімічних речовин, електричного струму, радіаційної дії. В залежності від глибини та тяжкості ураження тканин при опіках, виділяють IV ступені патологічного стану:

I ступінь – легка форма опіку, характеризується еритемою, набряком і болем.

II ступінь – супроводжується наявністю пухирів і більш вираженою реакцією запалення.

III ступінь – може бути з некрозом епідермісу (ІІІА ступінь) або всіх шарів шкіри (ІІІБ ступінь).

IV ступінь – найтяжчий, при якому уражаються не тільки шкіра, а й м'язи, кістки.

При поверхневих опіках виражені місцеві зміни шкіри, слизових оболонок. Загальний стан дитини порушується не сильно. При глибоких та великих за поверхнею опіках розвивається опікова хвороба з грубим порушенням обміну речовин, серцево-судинної, дихальної, нервової систем.

У дітей при оцінці ступеня розповсюдження опіку мають на увазі, що поверхня долоні постраждалого складає приблизно 1 % поверхні тіла (*рис. 52*).

Невідкладні заходи зводяться до обробки поверхні опіку, запобігання больовому шоку, коли мають місце значні опіки, та введення протиправцевої сироватки.

Для зняття болю дати знеболювальний засіб, прикласти до обпеченого місця, закритого пов'язкою, поліетиленові мішечки або пузир зі шматочками льоду, снігом або холодною водою. Застосування холоду є дієвим засобом до вираженого припинення болю і відчуття пекучості. З цією ж метою всередину можна дати будь-який знеболюючий засіб. Для запобігання розвитку больового шоку треба застосовувати анальгетики.

Обробка поверхні при опіках II–III ступеня проводиться накладанням сухої асептичної пов'язки. Пухирі не проколюють. Можна застосовувати протиопікові та антибактеріальні емульсії.

Дотримуючись необхідної обережності, якнайшвидше доставити потерпілого до найближчого лікувального закладу.

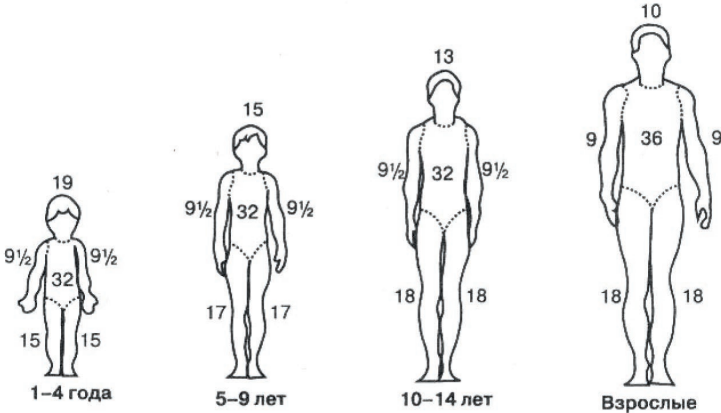


Рис. 52. Площа тіла (у відсотках) враження опіками

При сонячному опіку перш за все треба вивести потерпілого із зони ураження, знизити ризик пошкодження глибоких шарів дерми, значних ділянок поверхні тіла і внутрішніх органів, не допустити розвитку шоку.

Сонячні опіки – це вплив ультрафіолетового та теплового інфрачервоного випромінювання. Найчастіше страждає тіло, руки і ноги менш чутливі до такого впливу. Удома або на пляжі можливі тільки 1 і 2 ступінь пошкодження тканини.

Перша допомога при сонячних травмах полягає в наступному:

- ✓ перемістити потерпілого в тінь, прохолодне місце, а краще в приміщення;
- ✓ охолодити шкіру прохолодною водою;
- ✓ напоїти постраждалого для профілактики зневоднення;
- ✓ змастити шкіру маззю Пантенол або Бепантен;
- ✓ прийняти знеболюючий препарат;
- ✓ якщо з'явилися пухирі, озноб, підвищення температури, краще звернутися до лікувального закладу.

Електротравма виникає при проходженні електричного розряду через тіло. Ступінь ураження залежить від сили струму і тривалості впливу. Приступати до надання ЕМД слід негайно.

Послідовність першої допомоги при опіку електричною дугою:

- Припинити контакт з вражаючим агентом – відключити прилад з мережі, вимкнути рубильник.
- Якщо дихання і пульс стабільні, слід привести потерпілого до тями (побризкати в обличчя водою, піднести до носа ватку, змочену в нашатирному спирті).
- Якщо дихання слабе, виконувати закритий масаж серця, штучну вентиляцію легень.
- Якщо ознаки життя відсутні, слід продовжувати реанімаційні заходи до приїзду бригади швидкої допомоги.
- Якщо потерпілий прийшов до тями, потрібно зручно його вкласти, напоїти теплим чаєм. Не дозволяти рухатися.
- При електричних опіках потерпілому у будь-якому випадку слід звернутися за лікарською допомогою.

Хімічний опік небезпечний тим, що повністю оцінити ураження тканин можливо тільки через кілька днів після отримання травми.

Невідкладна допомога після впливу агресивних рідин на шкірні покриви:

- Припинити контакт з реагентом.
- Промити уражену ділянку великим обсягом проточної води. Тривалість обробки долікарської допомоги – від 15 до 40 хв.
- При впливі кислоти обробити шкіру розчином харчової соди, при лужній травмі – слабким розчином оцту.
- Доставити потерпілого до медичного закладу.

7.18. Алгоритм надання первинної допомоги дітям з травмами кінцівок

1	2
Крок 1	Покладіть потерпілого на спину та обмежте фізичне навантаження (наскільки це можливо). Заспокойте потерпілого та переконайте, що ви надасте йому необхідну медичну допомогу.
Крок 2	Проведіть знеболення за допомогою ненаркотичних анальгетиків (наприклад, кеталгін, кеторолак, реналган, дексалгін, метамізол натрію). Перевагу надавайте внутрішньовенному введенню ліків.

1	2
Крок 3	Накладіть транспортну іммобілізацію. Використовуйте стандартні чи імпровізовані шини. Дотримуйтеся правил накладання шин – фіксуйте одночасно два-три суміжних суглоби. Якщо пошкоджені два чи більше сегментів кінцівок, проведіть іммобілізацію на щиті.
Крок 4	Контролюйте основні фізіологічні параметри організму потерпілого – сатурацію й АТ.
Крок 5	Якщо сатурація крові потерпілого нижча за 95 %, проведіть інгаляцію зволеним киснем зі швидкістю 3-5 л/хв через маску.
Крок 6	Якщо потерпілий має знижений АТ, введіть допамін внутрішньовенно. Швидкість введення – від 2 до 10 мкг/кг/хв залежно від параметрів АТ та ЧСС. Якщо потерпілий має підвищений АТ, скористайтеся β -адреноблокаторами чи нітратами.
Крок 7	Терміново госпіталізуйте потерпілого до закладу охорони здоров'я.
Крок 8	Зареєструйте нещасний випадок у журналі нещасних випадків.

7.19. Послідовність дій при наданні первинної допомоги дітям при травмі голови

- 1) переконатися у відсутності небезпеки;
- 2) зафіксувати шийний відділ хребта (шийний комірець, м'яка шина, фіксація руками); якщо при переведенні голови по осі виникають больові відчуття у постраждалого – слід фіксувати голову у наявному положенні;
- 3) провести огляд постраждалого, визначити наявність свідомості, дихання;
- 4) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- 5) якщо у постраждалого відсутнє дихання, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації;
- 6) якщо у постраждалого відсутні рани в ділянці голови та інші пошкодження:
 - а) вкрити постраждалого термопокривалом/ковдрою; підтримати психологічно;
 - б) забезпечити постійний нагляд до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

- в) при погіршенні стану постраждалого зателефонувати до диспетчера екстреної медичної допомоги, дотримуватись його рекомендацій;
 - г) за наявності небезпеки евакуювати постраждалого на довгій транспортувальній дошці;
- 7) якщо у постраждалого є рани в ділянці голови та інші пошкодження, крім вищезазначеного: накласти пов'язки на рани; знеболити.

7.20. Надання первинної допомоги постраждалим при підозрі на гостре отруєння невідомою речовиною

Токсичні речовини можуть потрапити в організм постраждалих через:

- 1) шлунково-кишковий тракт: при вживанні їжі або при контакті отруйних речовин зі слизовою оболонкою ротової порожнини (ліки, припікаючі речовини, мийні засоби, пестициди, гриби, рослини та інші різноманітні хімічні речовини);
- 2) дихальні шляхи: вдихання отруйних газів, парів та аерозолей (чадний газ; окис азоту; пари хлору, аміаку, клею, барвників, органічних розчинників тощо);
- 3) шкіру та слизові оболонки: при потрапленні на шкіру та в очі отруйних речовин у вигляді рідини, аерозолю (розчинники, пестициди тощо);
- 4) ін'єкції: укуси комах, тварин або змій. Під час ін'єкційного введення ліків або наркотичних речовин.

Ознаки, які вказують на гостре отруєння:

- 1) відчуття «піску» або різь в очах, світлобоязнь;
- 2) опіки на губах, на язиці або шкірі;
- 3) біль у роті, горлі, грудях або животі, яка посилюється при ковтанні та диханні;
- 4) підвищене слиновиділення, нудота, блювота (зі специфічним запахом, залишками отруйних речовин, кров'ю), діарея;
- 5) порушення дихання (задуха, шумне дихання, зміна тембру голосу, кашель);

- 6) пітливість, незвичайна поведінка постраждалого (збудження, марення);
- 7) м'язові посмикування, судоми, втрата свідомості;
- 8) незвичайний колір шкіри (бліда, малинова, синюшна).

Гостре отруєння – це раптове захворювання в результаті надходження в організм токсичних речовин (отрути, токсина). Отруєння може розвинутись внаслідок надходження отрути із навколишнього середовища (екзогенна отрута) або насичення організму токсинами, які виробляються при порушенні функцій органів та систем (ендогенна отрута). Отрута потрапляє в організм різними шляхами: 1) через травний канал (частіше через ротову порожнину, рідко – через пряму кишку, при введенні медикаментів); 2) через дихальні шляхи (вдихання отруєних парів); 3) безпосередньо в кров (парентеральне); 4) через незахищену шкіру.

Загальні принципи надання допомоги при гострих отруєннях:

- 1) механічне видалення отрути із організму;
- 2) нейтралізація або зв'язування отрути (антидотна терапія);
- 3) симптоматична терапія, спрямована на підтримку функцій організму;
- 4) максимально прискорити виведення отрути із організму через нирки, дихальні шляхи, шкіру.

Засоби видалення отрути залежать від шляхів надходження в організм. При потраплянні отрути через ротову порожнину необхідно вивести її із травного каналу (для запобігання подальшому всмоктуванню) шляхом промивання шлунка, клізми, вживання блювальних (рідко), послаблюючих, сечогінних засобів, знезараження призначенням обволікаючих і зв'язуючих речовин-адсорбентів.

Місцеву дію отрути і її всмоктування через слизову оболонку шлунка можна попередити шляхом призначенням усередину обволікаючих засобів – білкової води (1 яєчний білок розмішати в 200 г води, пити невеликими ковтками), молока, вівсяного або рисового відвару, молочної сироватки, киселю, водної суміші крохмалю або муки.

Жирові речовини (олія та інші) призначати не слід, бо це сприяє ще швидшому всмоктуванню деяких жиророзчинних отрут (фос-

фор, анілін, екстракт папоротника). Для адсорбції залишків отрути усередину вводять 500 мл зависі активованого вугілля (1 г на 1 л води), білу глину, окис магнію, після чого призначають послаблюючі.

Алкоголь (етиловий спирт). Оскільки діти особливо чутливі до алкоголю, отруєння може розвинутися після прийому 30–40 г спирту. Розрізняють 3 фази отруєння: 1) збудження – ейфорія, рухова гіперактивність, гіперемія обличчя; 2) депресія – запаморочення, адинамія, шатка хода, дизартрія; 3) кома – втрата свідомості, відсутні роговичні рефлекси, парези, гіпотермія, колапс з можливим летальним кінцем.

Невідкладна допомога. Необхідно видалити залишки алкоголю із шлунка шляхом введення блювальних засобів або промивання шлунка теплою водою. Дають вдихати розчин аміаку, кисень, доставляють у стаціонар.

Атропін. Отруєння атропіном можливе при прийомі лікувальних засобів з його вмістом, плодів красавки («вовчі» ягоди) або дурману (при прийомі усередину 4–15 зерен). Через 10–15 хв після прийому з'являються сухість у ротовій порожнині і глотці. Шкіра обличчя червона, суха, іноді вкрита скарлатиноподібним висипанням; розширюються зіниці, порушується зір, з'являється світлобоязнь; нудота, блювання, понос (іноді з кров'ю), затруднюється ковтання, голос стає хриплим.

Потім – занепокоєння, збудження аж до буйства, галюцинації, судоми. Пульс слабкий, частий, серцебиття, удушення. Далі збудження змінюється гальмуванням. Розвивається кома і асфіксія. Смерть може настати від паралічу серця або дихання.

Невідкладна допомога. Промивають шлунок, дають зависі активованого вугілля у воді або розчин йоду (1:250), 0,5 % розчин таніну, вводять ТУМ. Призначають сольові послаблюючі (10-15 г) або рицинову олію, сифонну клізму. Терміново доставляють у стаціонар.

Гриби. У дитячій практиці отруєння грибами спостерігається відносно часто, тому необхідно знати хоча б найбільш поширені їстівні та отруйні гриби. Тяжкість виявлення отруєння залежить

від виду отруйних грибів і їх кількості, прийнятих усередину. Діти особливо чутливі до грибної отрути.

Найбільш легкі симптоми отруєння відмічаються при вживанні в їжу таких грибів, як рядовка отруйна тигриста, ентолома сіра, отруйна жовтувата-сива. Деякі (жовта, плямиста, блювотна, гребінчата) сироїжки, трубчасті гриби – сатанинський гриб, строчки і сморчки, які містять отруту – гальвелову кислоту, викликають аналогічні отруєння.

Через 6–12 годин відмічається хриплість голосу, тяжкість у шлунку, блювота, понос, судоми ікроножних м'язів. Явища гастроентерита тривають кілька днів. Захворювання зазвичай закінчується одужанням, однак при тяжкому отруєнні може настати летальний кінець (у 4–30 % випадків). Слід враховувати, що отруєння строчками може настати і при попередньому проварюванні грибів.

Тяжка клініка спостерігається при отруєнні грибами, які містять мускарин і мають нейротоксичну дію. Мікоатропінвміщуючі гриби з невеликим вмістом мускарини – червоний мухомор, мухомор пантерний. Клінічна картина розвивається швидко. Виникає різке посилення секреції всіх залоз: слюновиділення, виражене потіння, слезоточивість, понос, блювота. Зіниці звужені в результаті збудження парасимпатичної частини вегетативної нервової системи; порушення зору аж до сліпоти. Пульс повільний, розвивається недостатність кровообігу, дихання, набряк легень. Смерть настає через декілька годин.

Дуже тяжкий перебіг має отруєння зеленою і білою поганками, білим мухомором, які містять аманітин, фалін і фалоїдин, який пригнічує функцію центральної нервової системи і викликає дистрофічне ушкодження нирок та печінки. Симптоми отруєння з'являються пізно (через 8–24 години) – блювота, сильний біль у животі, понос (іноді холероподібного типу). Виникає ексікоз, токсикоз, олігурія (анурія), збільшення печінки, жовтяниця. Після уявного покращення стану на 2–3 день розвивається синдром гепаторгії – гострої токсичної дистрофії печінки, недостатність кровообігу, кома і смерть через 1–2 дні. Токсичні властивості цих

грибів зберігаються при нагріванні, висушуванні і при тривалому зберіганні. Летальність при отруєнні грибами цієї групи найбільш висока (30–95 %).

Невідкладна допомога. Промивають шлунок сумішшю активованого вугілля у воді (40–60 г на 1 л) або 0,2–0,5 % розчином таніну. Частину розчину залишають у шлунку для поглинання (адсорбції) отрути. Доцільно призначати послаблюючі (сольові або рицинової олії), сифонні клізми. При отруєнні блідою поганкою – заходи, спрямовані на запобігання розвитку недостатності печінки. Дитину слід миттєво доставити в реанімацію.

Корозивна отрута (кислоти, луги). Звичайно дитина може відпити із склянки один ковток отрути. Однак цієї кількості достатньо для опіку слизової оболонки ротової порожнини і стравоходу, особливо при високій концентрації розчину кислоти або лугу.

Клініка. Почуття печучості в ротовій порожнині і в глотці, за грудиною, велика кількість слиновиділення, блювання з сумішшю крові, кривавий понос. Можливий набряк тканин дихальних шляхів, гортані, задушення, колапс, підвищення температури тіла, явище ураження печінки, нирок. При прийомі оцтової кислоти – зміни в сечі з гемоглобінурією (гемоліз еритроцитів), жовте забарвлення шкіри.

Невідкладна допомога. Промивання шлунка зразу після прийому отрути великою кількістю теплої води. Прийом оливкової олії по 1 чайній ложці через кожну годину (можна іншу олію). Призначають знеболюючі (аналгін) і доставляють у стаціонар.

Чадний газ. Потрапляючи через дихальні шляхи у кров, чадний газ швидко витісняє із гемоглобіну кисень і утворює так званий карбоксигемоглобін, який не має властивості зв'язуватись з киснем.

Невідкладна допомога. Негайно вивести потерпілого із отруєної атмосфери на свіже повітря, якщо є можливість дати вдихати чистий медичний кисень. Потерпілого слід звільнити від стискаючого та перешкоджаючого вільному диханню одягу – зняти галстук, розстебнути пояс, комірець сорочки та ін. При виражених розладах

дихання або його зупинці необхідно якомога швидше почати штучне дихання. Всіх потерпілих дітей цієї групи незалежно від успішності першої допомоги тримають в лікарняних умовах до повного зникнення всіх наслідків отруєння.

Алгоритм дій при наданні першої допомоги постраждалим при підозрі на гостре отруєння невідомою речовиною:

Крок 1	Перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки для себе, оточуючих, постраждалого та тільки тоді переходити до наступного кроку.
Крок 2	Оглянути місце події, звертаючи увагу на ознаки, що можуть свідчити про гостре отруєння: неприємний різкий запах; відкриті чи перекинуті ємності з-під ліків та алкогольних напоїв; відкрита аптечка, використані шприци та ін.; знайдені ємності, шприці, упаковки тощо слід передати працівникам бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
Крок 3	Уточнити, що саме та в якій кількості приймав постраждалий; заспокоїти його та пояснити свої подальші дії.
Крок 5	Викликати екстрену медичну допомогу та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.
Крок 6	Якщо постраждалий без свідомості, але у нього збережене нормальне дихання, перевести його в стабільне положення.
Крок 7	При потраплянні отруйної речовини в очі та/або на шкіру промити уражену ділянку великою кількістю чистої води кімнатної температури протягом щонайменше 15-20 хвилин. За наявності хімічних опіків (після промивання водою) накласти стерильну пов'язку на місце опіку.
Крок 8	Зареєструйте нещасний випадок у журналі нещасних випадків.

7.21. Первинна допомога постраждалим при загальному переохолодженні та/або відмороженні

Переохолодження виникає при дії низьких температур та/або несприятливих факторів зовнішнього середовища, що викликає зниження температури тіла постраждалого та системні розлади функції життєво-важливих органів та систем.

Відмороження – локальне ушкодження м'яких тканин внаслідок дії низьких температур та/або несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Загальне охолодження частіше зустрічається у немовлят і дітей раннього віку, у яких терморегуляція та інші адаптаційно-компенсаторні механізми незрілі.

Встановлено, що смерть дитини настає у випадках, коли температура тіла досягає 20–25° С, хоча життя окремих клітин може зберігатись і при температурі від +2 до +3° С.

Може проявлятися місцевим ураженням або охолодженням усього тіла зі зниженням внутрішньої температури та порушенням діяльності внутрішніх органів. Перша реакція на холод заключається в спазмі периферійних судин з розвитком блідості шкіри; хворого морозить, виникає біль у кінцівках, тахікардія, частішає дихання. Якщо дія холоду продовжується, виникають глибокі зміни у функціях внутрішніх органів, в обміні речовин і нервовій системі. Небезпечні симптоми розвиваються після зникнення болю і остуди.

Розрізняють **чотири ступені відмороження**:

I ступінь – порушення кровообігу шкіри – блілого кольору, незначно набрякла, чутливість знижена або повністю відсутня;

II ступінь – некроз поверхових шарів шкіри; у ділянці відмороження утворюються пухирі, наповнені прозорою або білою рідиною;

III ступінь – некроз шкіри і глибше розташованих м'яких тканин (омертвіння шкіри): з'являються пухирі, наповнені рідиною темно-червоного або темно-бурого кольору; навколо омертвілої ділянки розвивається запальний вал (демаркаційна лінія); характерний розвиток інтоксикації – потовиділення, значне погіршення самопочуття, апатія;

IV ступінь – відмирання м'яких тканин і кісток, поява пухирів, наповнених чорною рідиною. У постраждалого присутні ознаки шоку.

Невідкладна допомога. Перш за все необхідно якомога скоріше занести потерпілу дитину до теплого приміщення, зігріти в теплій ванні з температурою води 37–38° С, з наступним підвищенням до 40° С, зробити легкий масаж до відновлення кровообігу. Після ванни дитину слід покласти в зігріту постіль, обкласти грівками.

Пошкоджені ділянки шкіри обробляють спиртом, накладають утеплюючу пов'язку. Дитину напувають міцним гарячим чаєм та направляють до лікарні.

Якщо поблизу немає житла, то необхідно якомога швидше розпалити вогнище.

В усіх випадках замерзання потерпілого необхідно доставити в найближчий лікувальний заклад, де йому буде надана медична допомога і подальше лікування.

Алгоритм дій при наданні першої допомоги постраждалим при загальному переохолодженні та/або відмороженні:

Крок 1	Переконатися у відсутності небезпеки для себе, оточуючих, постраждалого і тільки після цього перейти до наступного кроку; припинити дію низької температури на постраждалого.
Крок 2	Заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії.
Крок 3	Здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.
Крок 4	Якщо у постраждалого ознаки загального переохолодження: а) усунути дію несприятливих факторів зовнішнього середовища, перемістити постраждалого у тепле приміщення; б) зняти з постраждалого холодний вологий одяг; в) якщо постраждалий у свідомості, дати безалкогольні теплі напої. Якщо у постраждалого ознаки відмороження: а) перемістити постраждалого у тепле приміщення; б) обережно зняти з постраждалого холодний вологий одяг/взуття; в) накласти на уражені ділянки тіла чисті, стерильні, сухі марлеві пов'язки, без додаткового тиску на тканини; г) за необхідності знерухомити уражені кінцівки; г) якщо постраждалий у свідомості, дати безалкогольні теплі напої; д) не масажувати і не розтирати уражені ділянки, не застосовувати місцево джерела тепла; е) не пошкоджувати наявні на місці обмороження пухирі; ж) накрити постраждалого термопокривалом/покривалом.
Крок 5	Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
Крок 6	Зареєструйте нещасний випадок у журналі нещасних випадків.

7.22. Алгоритм надання первинної допомоги дітям при пошкодженні очей

Крок 1	Переконатися у відсутності небезпеки для себе, оточуючих, постраждалого і тільки тоді перейти до наступного кроку.
Крок 2	Заспокоїти постраждалого та пояснити свої наступні дії.
Крок 3	Здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.
Крок 4	При травматичному пошкодженні очей: а) накладіть на травмоване око захисний щиток, або альтернативний засіб, який не тиснутиме на очне яблуко; б) зверху захисного щитка накладіть чисту марлеву серветку та обережно зафіксуйте, не створюючи надмірного тиску на пошкоджене око; в) якщо в рані знаходиться сторонній предмет, не виймайте його, а надійно зафіксуйте в рані; г) не робіть спроби вправити око при його випаданні. При потраплянні хімічних речовин в око: а) промити уражене око великою кількістю проточної чистої води протягом 10-20 хвилин; б) слідкувати, щоб під час промивання не забруднити неуразжене око; в) під час промивання по можливості використовувати рукавички, а після закінчення процедури обережно їх зняти.
Крок 5	Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
Крок 6	Зареєструйте нещасний випадок у журналі нещасних випадків.

7.23. Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при утопленні

Утоплення – одна з форм механічної асфіксії. Серед інших причин нещасних випадків у дитячому віці утоплення займає одне з перших місць. Виникає при занурюванні у воду всього тіла або тільки голови чи обличчя. В залежності від патогенезу і клінічних проявів розрізняють три варіанти утоплення.

Перший варіант утоплення розвивається дуже швидко в результаті рефлекторної зупинки дихання і серцевої діяльності під дією раптового і сильного охолодження, переляку, потрапляння води у гортань і вухо. Рефлекторний спазм голосової щілини запобігає потраплянню значної кількості води в дихальні шляхи. Цей варіант

утоплення зустрічається у тих, хто раптово провалився під лід, хто не в змозі активно діяти (маленькі діти).

Другий варіант утоплення виникає у тих випадках, коли потерпілий тоне довго, то занурюючись у воду, то випливаючи, активно бореться за порятунок, або допомагає тонучому і сам стає жертвою нещасного випадку. Це справжній варіант утоплення. Він супроводжується аспірацією значної кількості води в дихальні шляхи. Клінічно проявляється ціанозом шкіри, крововиливами на кон'юнктиві, набуханнями периферичних вен на кінцівках, виділенням із носа і рота пінистої рідини, іноді рожевого кольору.

При утопленні в прісній воді вона в значній кількості надходить через альвеоли у кров, бо має меншу осмотичну щільність. Внаслідок цього відмічається гемоділюція, немоліз, гіперволемія, зниження гематокриту, вмісту білка та електролітів, що порушує діяльність ЦНС, серця та інших органів. Все це визначає появу синюшності шкіри з фіолетовим відтінком.

У випадках утоплення в морській воді в легені надходить рідина з більшою, ніж кров осмотичною щільністю. Тому вода починає пересуватися із крові в альвеоли, розвивається набряк легень, гіповолемія та інші порушення. В легені проникають також амінокислоти та білки, які, змішуючись з водою, призводять до утворення дрібнопухирчастої піни, витікаючої з рота після вилучення із води.

Третій варіант утоплення зустрічається у тих випадках, коли раптово у дитини, яка знаходиться у воді виникає пригнічення ЦНС у зв'язку з травмою, нападом судом та з інших причин. На початку утоплення змикається голосова щілина, і невелика кількість води **потрапляє в легені. Вираженого ціанозу шкіри не буває при цьому варіанті утоплення.**

Невідкладну допомогу треба надавати негайно. Загальний алгоритм дій:

1. Звільнити рот та дихальні шляхи від води, піску, мулу та інших мас.

2. Покласти дитину животом на своє коліно і плавно натиснути кілька разів на нижні відділи грудної клітки, поки не припиниться виділення води із рота та носа.
3. Зробити штучне дихання і закритий масаж серця за загальноприйнятною методикою.
4. Якщо хворий у свідомості, його перевдягають, поють гарячим чаєм, дають розчин валеріани (стільки крапель скільки років дитині).
5. Негайно госпіталізують.

Деталізована послідовність надання першої допомоги при утопленні:

- 1) переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку;
- 2) визначити наявність свідомості – обережно потрясти постраждалого за плече та голосно звернутися до нього, наприклад: «З Вами все гаразд? Вам потрібна допомога?»;
- 3) звернутися до осіб, які поряд, за допомогою. Якщо випадкових свідків кілька, слід звертатися до конкретної особи;
- 4) якщо утоплення сталося внаслідок пірнання або дії травмуючого чинника ймовірно, що у постраждалого є травма в шийному відділі хребта;
- 5) відновити прохідність дихальних шляхів, визначити наявність дихання за допомогою прийому: «чути, бачити, відчувати». Наявність дихання визначати до 10 секунд. Якщо виникли сумніви, чи є дихання, або воно ненормальне, вважати, що дихання відсутнє;
- 6) якщо дихання відсутнє:
 - а) виконати п'ять штучних вдихів з використанням маски-клапана, дихальної маски тощо. Кожен вдих повинен тривати одну секунду об'ємом, достатнім для візуального підняття грудної клітки. Якщо немає бар'єрних пристроїв можна утриматися від виконання 5 штучних вдихів, а відразу перейти до наступних кроків;
 - б) здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику. Якщо є інші випадкові свідки, слід попросити їх здійснити виклик

екстреної медичної допомоги, принести автоматичний зовнішній дефібрилятор та негайно перейти до наступного кроку. При наявності гучного зв'язку на телефоні слід здійснювати виклик екстреної медичної допомоги та одночасно проводити серцево-легеневу реанімацію. Якщо рятувальник один і невідомо де знаходиться автоматичний зовнішній дефібрилятор, не слід залишати постраждалого та шукати його;

- в) якщо після п'яти штучних вдихів не з'явилися ознаки життя, негайно:
- ▶ виконати 30 натискань на грудну клітку глибиною не менше 5 см (не більше 6 см), з частотою 100 натискань (не більше 120) за хвилину (у дітей співвідношення натискань на грудну клітку та штучне дихання слід проводити у співвідношенні 15 – 2);
 - ▶ виконати 2 вдихи з використанням маски-клапана, дихальної маски тощо. При відсутності захисних засобів можна не виконувати штучне дихання, а проводити тільки натискання на грудну клітку. Виконання двох штучних вдихів повинно тривати не більше 5 секунд;
 - ▶ після двох вдихів продовжити натискання на грудну клітку відповідно до наведених у цьому підпункті рекомендацій;
 - ▶ не слід переривати натискання на грудну клітку дорослому більше ніж на 10 секунд;
- г) змінювати особу, яка проводить натискання на грудну клітку, кожні 2 хвилини. Якщо особа, яка проводить натискання на грудну клітку, відчуває виснаження, виконати заміну раніше;
- 7) як тільки автоматичний зовнішній дефібрилятор наявний на місці події, слід негайно:
- ▶ увімкнути пристрій та чітко дотримуватись голосових вказівок;
 - ▶ перед наклеюванням електродів автоматичного зовнішнього дефібрилятора слід повністю осушити шкіру грудної клітки;
 - ▶ якщо осіб, які надають допомогу, декілька, вмикання автоматичного зовнішнього дефібрилятора та приклеювання електродів до грудної клітки дорослого слід робити одночасно з проведенням компресій на грудну клітку;

- під час проведення дефібриляції, слід прослідкувати, щоб ніхто не торкався потерпілого, а він не знаходився на мокрій поверхні;
 - після проведення дефібриляції слід негайно розпочати натискання на грудну клітку;
- 8) припинити проведення серцево-легеневої реанімації до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги за наступних умов:
- при появі у потерпілого явних ознак життя: відновлення самостійного дихання, координованої рухової активності;
 - виникненні загрози життю рятівнику та/або постраждалому;
 - неможливості проведення серцево-легеневої реанімації внаслідок значного фізичного виснаження;
- 9) при появі у постраждалого явних ознак життя до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, електроди від автоматичного зовнішнього дефібрилятора слід залишити на грудній клітці постраждалого.

7.24. Алгоритм надання домедичної допомоги постраждалим при анафілаксії

Анафілаксія – це тяжка, загрозна для життя, генералізована або системна реакція гіперчутливості (алергічна або неалергічна).

Гіперчутливість – це наявність об'єктивних та суб'єктивних симптомів, що повторно виникають внаслідок експозиції конкретного подразника у дозі, що нормально переноситься здоровою людиною (рис. 53).

Анафілактичний шок – це тяжка анафілактична реакція (анафілаксія), що швидко розвивається та супроводжується загрозовим для життя зниженням артеріального тиску.

Ознаки, які визначають анафілаксію:

- 1) зміни шкіри та/або слизової оболонки: кропив'янка, свербіж, набряк язика/губ;
- 2) порушення дихання: часте поверхневе дихання, відчуття нестачі повітря, свисти/хрипи при диханні;
- 3) подразнення шлунково-кишкового тракту: блювання, біль у животі, діарея;
- 4) неспокій, ознаки шоку, втрата свідомості.



Лікарські засоби, через які найчастіше виникає анафілактичний шок

β-лактамі антибіотики

β-блокатори

Препарати, що застосовують для п'ємелікації

Рис. 53. Лікарські засоби, які найчастіше спричиняють анафілактичний шок

Прятунок життя хворого при анафілаксії залежить від швидкості та ефективності дій медичного працівника (табл. 14).

Таблиця 14

Алгоритм дій медичної сестри при анафілаксії

Принципи надання допомоги	Основні заходи	Спосіб виконання
1	2	3
Підтримання основних життєвих функцій організму	Запобігання виникненню гострої дихальної недостатності, що викликана анафілактичним шоком	Хворого покласти на спину, повернути голову набік, відкрити рот. За можливості зафіксувати язик язикотримачем чи іншими засобами. Тісний одяг розстебнути (ослабити краватку), відчинити вікно та забезпечити доступ свіжого повітря

Продовження табл. 14

1	2	3
Зменшення вмісту алергена в організмі хворого залежно від шляху його проникнення	При проникненні алергена через шкіру під час виконання ін'єкції чи при укусі комахи	Накласти джгут на кінцівку вище місця укусу. Це дасть змогу затримати розповсюдження алергена по організму до 30 хв. Обколоти по периметру місце ін'єкції чи укусу комахи 0,1 % розчином адреналіну. Попередньо розвести адреналін в 5,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. На процедуру використовують адреналін з розрахунку 0,1 мл препарату на рік життя
	При проникненні алергена через ніс, очі	Одразу промивають очі чи ніс проточною водою
	При проникненні алергена через шлунок	Якщо стан хворого дозволяє, важливо промити шлунок
Медикаментозна допомога	Розчин адреналіну	Протокол надання медичної допомоги при анафілактичному шоці вимагає введення 0,1 % розчину адреналіну у дозі 0,05-0,1 мл на рік життя (не більше 1 мл) в м'язи дна ротової порожнини чи внутрішньом'язово, після чого ввести його внутрішньовенно струменево з розрахунку 5 мкг/кг у 10,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду
	Розчин преднізолону	3 % розчин преднізолону у дозі 5 мг/кг у м'язи дна ротової порожнини чи внутрішньом'язово
	Антигістамінні препарати (слід пам'ятати, що препарати цієї групи здатні знижувати артеріальний тиск)	1 % р-н димедролу у дозі 0,05 мл/кг (не більше 0,5 мл – дітям до 1 року і 1,0 мл – старше року) або 2 % р-н супрастину (0,1-0,15 мл/рік життя) внутрішньом'язово
Зареєструвати випадок	Реєстрація випадку в журналі нещасних випадків	

7.25. Алгоритм дій медичної сестри закладу освіти при абдомінальному болю у дитини

Біль у животі може бути різної локалізації та інтенсивності, гострим або хронічним. Причини виникнення абдомінального болю також різні – від кишкової кольки до хірургічної патології. Слід також враховувати і суб'єктивні відчуття, які має дитина при болю в животі.

1. Необхідно визначити час появи болю та його інтенсивність, можливі причини, які його викликали.
2. Спитати у батьків, чи характерний біль у животі для їх дитини, після чого він з'являється і що призводить до полегшення стану.
3. Головний принцип: холод, голод та спокій (виняток – призначення сорбентів).
4. Спостереження за хворим певний час: якщо біль не зменшується, а навпаки стан погіршується, слід викликати швидку допомогу та повідомити батькам.

Шлунково-кишкова кровотеча – наявні блювота чи стілець чорного або яскраво червоного кольору.

Перша допомога:

- 1. Заспокоїти хворого та покласти у ліжко.
- 2. Голову хворого повернути набік для запобігання аспірації кров'ю.
- 3. Покласти холод на епігастральну ділянку.
- 4. Можна давати холодну воду невеликими порціями або льодові шарики.
- 5. негайно госпіталізувати.

7.26. Надання первинної допомоги дітям при укусах тварин, комах та кліщів

Укуси отруйних змій

Зустрічаються укуси гадюки – рогатої та звичайної, піщаної ефи та ін. Зміїна отрута містить кілька компонентів: геморагін, нейротоксин, цитотоксин, гемолізін та ін.

Клініка. У потерпілого на місці укусу виявляють сліди отруйних зубів у вигляді двох великих крапок. За ними слідує 2 ряди менш виражених крапок, які розміщуються паралельно і виникають при укусі неотруйними зубами.

Місцеві зміни після укусу з'являються через декілька хвилин: біль, набряк, оніміння, крововилив, лімфангоїт, лімфаденіт регіонарних лімфатичних вузлів. Потім з'являються загальні симптоми: загальна слабкість, в'ялість, сонливість, марення, судоми, нудота, блювання, підвищення температури тіла, задишка, серцебиття. Тони серця приглушені, пульс частий. Колапс. Можливий смертельний кінець.

Алгоритм дій при наданні першої допомоги при укусах змії:

- а) переконатися у відсутності небезпеки;
- б) при можливості запам'ятати вигляд змії, що вкусила (колір, розміри, візерунок на спині тощо);
- в) забезпечити постраждалому спокій та положення лежачи;
- г) при укусах в ділянку кінцівки знерухомити її;
- ґ) дати постраждалому випити багато рідини (вода, чай тощо);
- д) накладити на місце укусу чисту, стерильну пов'язку;
- е) не намагатися видалити отруту шляхом розрізання та припалювання місця укусу, не накладати на місце укусу холодний компрес;
- є) якщо впевнені, що дія отрути нейротоксична (викликає параліч м'язів), накладити стискаючу пов'язку вище місця укусу;
- ж) терміново транспортувати постраждалого до лікувального закладу;
- з) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги чи при транспортуванні до лікарні;
- и) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру.

Укуси бджіл, ос

Бджолина і осина отрута містить цитотоксичні речовини (мелітін, гістамін та ін.), які уражають тканини людини на місці укусу. При багатьох укусах проявляється загальна дія на організм. Однак

при підвищеній чутливості (у дітей, особливо ослаблених різними захворюваннями) загальні алергійні явища можуть наступити і після укусу однієї або кількох бджіл. Дитина відчуває печію і біль, місце укусу бліде з червоним обідком та набряком.

Особливо небезпечним є укус язика (коли бджола потрапляє в рот разом з медом чи фруктами). У цих випадках може розвинути набряк язика, м'якого піднебіння і навіть гортані. Бджолиний яд швидко розповсюджується з током крові, що зумовлює швидку появу загальних симптомів аж до шокowego стану, судом і раптової смерті.

Алгоритм дій при наданні першої допомоги при укусах оси/бджоли:

- видалити жало (оса жало не залишає);
- ретельно промити місце укусу водою з милом;
- змастити шкіру антисептиком: йодом, спиртом, рослинною настоянкою;
- прикласти холодний компрес або лід;
- прикласти сольовий або содовий компрес, розчинивши 1 чайну ложку соди або солі у склянці чистої води;
- прийняти антигістамінний засіб, навіть якщо раніше у вас не було алергічних реакцій;
- заспокоїтися, пити багато води або солодкого чаю.

Існують випадки, коли треба негайно звернутися за медичною допомогою:

- у постраждалого вже спостерігалася алергічна реакція на укуси комах;
- укусів декілька;
- оса або бджола вкусила в обличчя, у ротову порожнину;
- постраждалий відчуває, що в нього розпухає язик, важко ковтати і дихати, не вистачає повітря;
- у постраждалого виникла загальна слабкість, упав тиск, пришвидшилося серцебиття.

Алгоритм дій при наданні першої допомоги при укусах домашніх тварин:

- а) переконатися у відсутності небезпеки;
- б) по можливості ізолювати тварину;
- в) провести огляд постраждалого;

- г) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- г) за наявності рани без кровотечі промити рану мильним розчином та накласти чисту, стерильну пов'язку;
- д) за наявності рани та інтенсивної кровотечі зупинити кровотечу та накласти на рану чисту, стерильну пов'язку;
- е) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- е) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

Алгоритм дій при наданні першої допомоги при укусах диких тварин:

- а) переконатися у відсутності небезпеки;
- б) запам'ятати вид тварини, при можливості сфотографувати;
- в) провести огляд постраждалого;
- г) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- г) за наявності рани без кровотечі промити рану мильним розчином та накласти чисту, стерильну пов'язку;
- д) за наявності рани та інтенсивної кровотечі зупинити кровотечу та накласти на рану чисту стерильну пов'язку;
- е) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- е) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

Алгоритм дій при наданні першої допомоги при укусах кліща:

Чим менше часу кліщ перебуває на тілі людини, тим менша ймовірність передачі захворювань. Найкраще звернутися до травмпункту, де медпрацівники правильно витягнуть кліща та проконсультують. Якщо такої змоги немає, необхідно виконати описані нижче дії на місці.

1) **Видалити членистоногого зі шкіри** наступними методами:

– кліща захоплюють пінцетом або обернутими марлею пальцями якомога ближче до його ротового апарату («під головку») і, тримаючи перпендикулярно, витягають, розхитуючи або вивертаючи навко-

ло осі тіло кліща легкими рухами (рис. 54). Напрямок обертання при цьому не є принциповим;

– міцною ниткою перев'язують головну частину кліща і, підтягуючи нитку догори та у боки, витягають із шкіри;

– у пластиковій склянці або пляшці роблять кутовий виріз, який підводять під основу кліща, що впровадився в шкіру, після чого кліща видаляють.

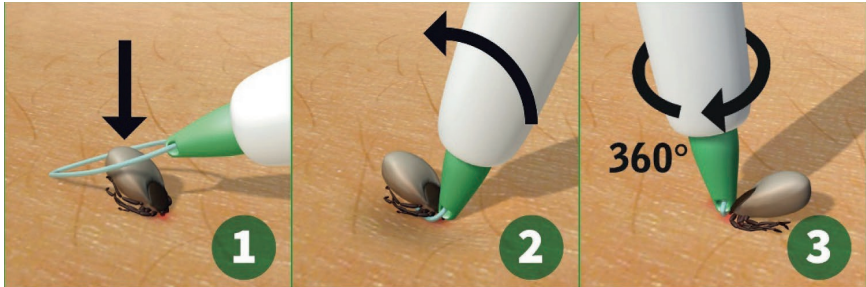


Рис. 54. Видалення кліща

2) Провести дезінфекцію місця укусу після видалення кліща.

Після видалення кліща місце укусу продезінфікувати будь-яким придатним для цих цілей засобом (70 % спирт, 5 % розчин йоду, спиртовмісні речовини), а руки ретельно вимити з милом. Не слід торкатися до слизових оболонок руками після видалення кліща. Якщо хоботок все ж відірвався, його витягають стерильною голкою, пропаленою на вогні. При цьому місце укусу дезінфікують і до, і після такої процедури.

Надання допомоги при звичайних **укусах комах** часто не потребують негайних невідкладних дій. Але у дітей до 2–3 років на кожний укус дуже часто виникає схильність до розвитку великих елементів висипу з сильним відчуттям свербіння. З метою зменшення таких проявів використовують безпечні мазі, наприклад, Трикар, який найкраще підходить маленьким дітям з великими уртикарними елементами (5–30 мм у діаметрі) у місцях укусів та ефективно знімає свербіж (тобто запобігає розчісуванню, а надалі розвитку мокнущого та вторинно інфікованих елементів висипу), значно прискорює загоєння шкіри й в цілому покра-

щує якість життя дитині і її батькам. Трикар має протизапальну, протисвербїжну, протиалергічну дії, що якраз необхідно при укусах комах та мошок, а його натуральний склад не викликає додаткових алергічних проявів. З віком вказана підвищена чутливість нівелюється, і застосування спеціальних засобів догляду за шкірою після звичайних укусів стає непотрібним.

Окрему небезпеку становлять укуси *мошок у повіку*. Віко може сильно набрякати, навіть до повного закриття ока. Це здавлює око, порушує природний струм сльози, призводить до сухості, різкого свербіння ока, кон'юнктивіту. Крім того, набряк повік на укуси комах може ускладнитися флегмоною орбіти, а це надзвичайно небезпечно.

Первинна допомога наступна:

- якщо моргання утруднене (або дитина зовсім не може моргати) – капати в щілину ока будь-який препарат штучної сльози, в охолодженому вигляді, кожні 2–3 години,
- якщо на віях або в кутку ока накопичується жовтий/зелений гній – капати в щілину очні краплі з антибіотиком,
- прикладати до набряклої повіки холод (предмет з морозилки, обгорнутий в один шар рушника) – 10 хвилин охолоджувати, 10 хвилин надати шкірі відновитися.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. СЛР грудним дітям <https://www.youtube.com/watch?v=5te1ksaXCxw>
2. СЛР дитині від 3-х років. <https://www.youtube.com/watch?v=bRjcFDvpU7c>
3. СЛР у підлітків. <https://www.youtube.com/watch?v=Zvg4-uQCTfY>

Контрольні питання до теми

1. Вкажіть, яке обладнання має бути в медичному пункті закладу освіти.
2. Вкажіть, яка документація повинна бути в медичному пункті закладу освіти.
3. Вкажіть основні обов'язки медичної сестри закладу освіти.

4. Вкажіть алгоритм надання медичної допомоги в медичному пункті закладу освіти при травмі голови у дитини.
5. Вкажіть алгоритм надання медичної допомоги в медичному пункті закладу освіти при травмі очей у дитини.
6. Вкажіть алгоритм надання медичної допомоги в медичному пункті закладу освіти при травмі кінцівок у дитини.
7. Вкажіть алгоритм надання медичної допомоги в медичному пункті закладу освіти при укусі дитини твариною.
8. Вкажіть алгоритм надання медичної допомоги в медичному пункті закладу освіти при опіках у дитини.
9. Вкажіть алгоритм надання медичної допомоги в медичному пункті закладу освіти при укусах кліщем дитини.
10. Вкажіть алгоритм надання медичної допомоги в медичному пункті закладу освіти при болю в животі у дитини.
11. Вкажіть алгоритм надання медичної допомоги в медичному пункті закладу освіти при алергічній реакції у дитини.

Тестові завдання

1. Ви медсестра дитячого дошкільного закладу, в якому стався випадок захворювання дитини на кір. Після госпіталізації дитини в стаціонар до плану профілактичних заходів ви включите:
 - А) проведення лікування антибіотиками
 - Б) введення контактним дітям імуноглобуліну
 - В) поточну дезінфекцію, режим провітрювання
 - Г) заключну дезінфекцію
 - Д) карантин контактних дітей на 17 днів з медсестринським спостереженням
2. Медична сестра дитячого садочка помітила, що у дитини підвищилася температура тіла, на шкірі обличчя, тулуба з'явився висип у вигляді рожевих плям, які перетворюються на везикули. Які першочергові протиепідемічні заходи має здійснити медична сестра?
 - А) ізолювати дитину
 - Б) обробити висипи діамантовою зеленню

- В) залишити в групі до приходу матері
Г) госпіталізувати до інфекційного відділення
Д) викликати швидку допомогу
3. Дитину в дитячому таборі вкусила бджола. Які перші дії медичної сестри?
- А) видалити жало
Б) ретельно промити місце укусу водою з милом
В) змастити шкіру антисептиком
Г) прикласти холодний компрес або лід
Д) дати антигістамінний засіб
Е) всі відповіді вірні
4. Ви медсестра дитячого дошкільного закладу, в якому стався випадок захворювання дитини на скарлатину. Що необхідно включити медсестрі до плану профілактичних заходів після госпіталізації дитини?
- А) проведення специфічної профілактики вакциною
Б) карантин на контактних у групі на 7 днів з медсестринським спостереженням
В) введення контактним дітям імуноглобуліну
Г) ізоляція контактних дітей на дому
Д) проведення заключної дезінфекції
5. У школі у хлопчика 8 років виникла носова кровотеча. Що необхідно зробити медичній сестрі у першу чергу?
- А) ввести у відповідну половину носа ватний тампон, змочений 3 % розчином перекису водню
Б) на перенісся покласти марлеву серветку змочену у холодній воді
В) покласти хворого з підвищенням під голову
Г) покласти міхур з льодом на потилицю
Д) всі відповіді вірні
6. Дитина 3 років у дитячому садку перекинула на ногу чашку з кип'ятком. Які дії не повинна робити медична сестра при наданні медичної допомоги?
- А) опустити ногу у холодну воду
Б) заспокоїти дитину

- В) змазати ногу маззю
Г) дати випити води, чаю
Д) дати дитині знеболюючий засіб
7. У дитини 10-ти років після уроку фізичного виховання з'явилися загальна слабкість, тремтіння кінцівок, поверхнєве дихання, посилене потовиділення, відчуття голоду. Дитина зареєстрована в диспансерному журналі: хворіє на цукровий діабет, отримує ін'єкції інсуліну за індивідуальною схемою. Які першочергові дії медсестри в цьому випадку?
- А) дати дитині перорально будь-які «швидкі» вуглеводи
Б) провести оксигенотерапію
В) дати понюхати нашатирний спирт
Г) покласти дитину на кушетку
Д) дати випити води
8. В ізоляторі дитячого будинку знаходиться дитина 3-х років з діагнозом «вітряна віспа». На який термін треба її ізолювати від колективу?
- А) 22 дні від початку захворювання
Б) 5 днів від останнього висипання
В) 5 днів від початку появи висипання
Г) 5 днів від початку захворювання
Д) 10 днів від початку захворювання
9. В ізоляторі оздоровчого табору знаходиться дитина 12-ти років з діагнозом «Фолікулярна ангіна». Яке обстеження треба провести протягом 72-х годин від встановлення цього діагнозу?
- А) загальний аналіз сечі
Б) мазок із зіву на бактеріальну флору і чутливість до антибіотиків
В) загальний аналіз крові
Г) змив із носоглотки на наявність вірусів
Д) мазок із зіву та носа на бацилу Леффлера
10. В ізоляторі оздоровчого табору знаходиться дитина 10 років з діагнозом «кишкова інфекція». Яке обстеження треба провести протягом 72-х годин від встановлення цього діагнозу?
- А) бактеріологічне дослідження калу
Б) зіскоб на ентеробіоз

- В) копрограма
 - Г) аналіз калу на яйця гельмінтів
 - Д) колоноскопія
11. В середній групі дитячого садочка виявлено випадок кашлюка. Яких заходів повинна вжити медсестра у вогнищі інфекції?
- А) встановити карантин на 21 день
 - Б) встановити карантин на 14 днів. Виявити контактних та організувати спостереження
 - В) встановити карантин на 30 днів
 - Г) карантин не встановлювати
 - Д) усіх контактних обстежити на ВЛ
12. Визначити першочергові дії у разі харчової токсикоінфекції у дітей оздоровчого табору на догоспітальному етапі:
- А) розпочати дезінтоксикаційну терапію
 - Б) напоїти гарячим чаєм
 - В) зробити очисну клізму
 - Г) призначити послаблюючі препарати
 - Д) промити шлунок та кишечник
13. В який журнал зробить запис медична сестра після надання допомоги учню з опіком на уроці хімії:
- А) диспансерний журнал
 - Б) амбулаторний журнал
 - В) медичну карту учня
 - Г) журнал надання невідкладної допомоги
 - Д) журнал санпросвітки
14. В обов'язки медичної сестри дошкільного закладу не входить:
- А) щотижня оглядати дитину на ознаки педикульозу
 - Б) щомісячно стежити за фізичними параметрами
 - В) щоденно стежити за дотриманням санітарно-гігієнічного режиму в закладі освіти
 - Г) щотижня погоджувати з шеф-кухарем меню
 - Д) щоденно оглядати дітей на коросту та педикульоз
15. При зверненні учня закладу освіти в медичний пункт зі скаргами на біль у животі медична сестра повинна:

- А) терміново викликати швидку допомогу
- Б) дати дитині поїсти
- В) дати знеболююче
- Г) «холод, голод, спокій» та спостереження
- Д) поставити клізму

Рекомендована література

Основна література:

1. Оснащення медичного кабінету закладу освіти. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE11371?an=95>
2. Документація медичної сестри дошкільного закладу. URL: <https://vseosvita.ua/library/dilova-dokumentacia-medicnoi-sestri-oseilnogo-navcalnogo-zakladu-125413.html>
3. Домедична допомога URL: <https://moz.gov.ua/article/health/jak-nadati-pershu-dopomogu-zagalni-pravila>
4. Порядок надання домедичної допомоги: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#n397>
5. Наказ МОЗ України «Про надання первинної допомоги» №441 від 09.03.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#Text>
6. Наказ МОЗ України «Про затвердження Примірного переліку медичних виробів, лікарських засобів та інших матеріалів, які повинні бути у складі медичної укладки для надання медичної допомоги у медичному пункті закладу освіти» №637 від 6.04.21. URL: <https://osvita.ua/legislation/other/82194/>
7. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017. www.evminov.com
8. Кодекс цивільного захисту України. URL: (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#n570>)
9. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навчальний посібник /за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. Київ : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.

Додаткова література:

1. Обов'язки медпрацівників закладу освіти: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0023588-99#Text>
2. Польовий посібник педіатричних поранень, Великобританія, 2019; URL: <https://www.imperial.ac.uk/blast-injury/research/networks/the-paediatric-blast-injury-partnership/>

3. Ю. Г. Резніченко і співавт. Хронічні алергічні захворювання шкіри: сучасні уявлення про етіопатогенез та підходи до вибору оптимальної терапії; 2013.
4. Thinsse-Mallwitz M., Maydannik V., Keller T., Klement P. A Homeopathic Combination Preparation in the Treatment of Feverish Upper Respiratory Tract Infections: An International Randomized Controlled Trial. *Forschende Komplementärmedizin*. 2015; 22(3):163-170.
5. С. О. Крамарьов, О. В. Виговська, І. В. Шпак, В. В. Євтушенко, Т. М. Камінська, В. М. Весна. Лікування кору у дітей. Інформаційний лист № 368/1-2014 про нововведення в сфері охорони здоров'я. Київ, 2014. 6 с.
6. С. О. Крамарьов, В. В. Деев, О. В. Виговська, О. Ф. Мельников, Т. Н. Камінська, О. О. Воронов, О. П. Мощич. Інтерфероновий та цитокіновий статус при вітряній віспі у дітей. *Педіатрія. Восточна Європа* № 1 (05), 2014.
7. Изотермічні рятувальні ковдри. URL: <https://poradumo.com.ua/371233-nezvichayni-kovdri-ryatuvalne-izoter/>
8. Невідкладні стани.Інструкції. Алгоритми дій під час передопераційних невідкладних станів – V4.4.2022 Стенфордська програма алгоритмів дій у невідкладних станах в анестезіології. URL: <https://emergencymanual.stanford.edu/>



Розділ VIII

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБОВ'ЯЗКИ ДІЕТСЕСТРИ ДИТЯЧОГО СТАЦІОНАРУ, ДНЗ ТА ТАБОРУ ВІДПОЧИНКУ. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗІОЛОГІЧНОГО ЗА ВІКОМ ТА ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ

Актуальність

Організація харчування дитини є запорукою збереження і зміцнення здоров'я, підтримання на належному рівні її фізичної і розумової працездатності. На медичного працівника будь-якого рівня покладається відповідальність за формування раціонального і збалансованого харчування здорової або хворої дитини відповідно до основних фізіологічних та терапевтичних принципів для підтримання здорового способу життя або швидкого стійкого одужання.

8.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень

Термін	Визначення
1	2
Раціональне харчування	Своєчасне, фізіологічно повноцінне забезпечення організму здорових людей доброякісною їжею з врахуванням їх віку, статі, характеру діяльності та інших факторів

1	2
Лікувальне харчування	Науково обґрунтована система організації харчування та використання з лікувальною метою певних харчових продуктів, їхніх комбінацій, видів кулінарної обробки
Дієта	Раціон, спеціально підібраний за кількістю, хімічним складом, енергетичною цінністю (калорійністю), кулінарною обробкою, а також режим харчування
Карта-розкладка страви	Документ, в якому відображена інформація про готову страву, кількість білків, жирів, вуглеводів та калорій, продуктів, необхідних для її приготування, їх вага на етапі закладання (брутто та нетто)
Збалансоване харчування	Система пропорційно правильного вживання корисних продуктів
Режим харчування	Кратність прийому їжі та часові проміжки між ними, залежить від роботи закладу
Перспективне меню	В меню перспективно розподіляють страви, які споживатимуть діти протягом часу перебування в дошкільному, шкільному, або лікувальному закладі

8.2. Психо-фізіологічні характеристики дитячого віку, що обумовлюють особливості раціону харчування

При складанні харчових раціонів для дітей і підлітків слід враховувати особливості характерних для них фізіологічних процесів, а також сучасні умови життя:

1. Інтенсивний обмін речовин, швидке наростання маси тіла, процеси асиміляції переважають над процесами дисиміляції. Для забезпечення потреб обміну речовин у раціоні дітей повинні міститися джерела біологічно цінних білків та інших незамінних речовин.
2. Підвищена м'язова (рухова) активність. Організм, що росте, потребує більше легкозасвоюваних вуглеводів, ніж доросла людина. Вони повинні складати приблизно 25 % від загальної кількості харчових речовин.
3. Недосконалість регуляторних механізмів нервової і гуморальної систем. Значне навантаження на нейрогуморальну систему дітей спричиняє велика кількість інформації (сучасні гаджети), яка може викликати підвищену емоційну збудливість,

гальмування харчового центру, що проявляється у зниженні секреції травних соків і апетиту.

4. Незавершене формування шлунково-кишкового тракту і коливання активності травних соків і ферментів обумовлює значну чутливість організму до якості продуктів і порушень технологічної обробки їжі.

Тому в харчуванні дітей необхідні продукти високої якості, щадні методи кулінарної обробки і суворе дотримання режиму харчування.

Здорова дитина веде активний спосіб життя: постійно рухається, займається фізичною та розумовою працею, на що витрачається багато енергії. Для її відновлення потрібно збалансоване харчування, воно відбувається під час окиснення вуглеводів та жирів.

Жири є джерелом енергії та постачальниками матеріалу для синтезу ліпідних структур в організмі, зокрема клітинних мембран, структурних компонентів нервової системи, сітківки ока. Ненасичені жирні кислоти є незамінними для нормального росту і розвитку. Жири також необхідні для кращого засвоєння жиророзчинних вітамінів.

Однак надлишок цих кислот у харчуванні дитини призводить до порушення обміну жирів і підвищення вмісту холестерину в крові, що збільшує ризик виникнення серцево-судинних захворювань, ожиріння, діабету в дітей та в подальшому у дорослих.

Вуглеводи є джерелом енергії, яка необхідна дитині на весь день. Вони також беруть участь у пластичному обміні глюкопротеїдів, до яких входять білки плазми крові. Вуглеводи забезпечують усі енергетичні витрати мозку, а харчові волокна покращують роботу травного тракту, сприяють виведенню з організму шкідливих речовин.

Надмірна кількість вуглеводів у харчуванні дитини призводить до різкого підвищення рівня глюкози в крові. Її «нейтралізує» інсулін, перетворюючи на жир, що сприяє розвитку ожиріння. При постійному надмірному вживанні цукрів та простих вуглеводів поступово формується прихований цукровий діабет, а постійно підвищений рівень інсуліну в крові може призвести до гіпертонії та серцево-судинних захворювань.

Білок для організму людини це найважливіший будівельний матеріал, що входить до складу структурних елементів клітин і бере безпосередню участь у зростанні та оновленні будь-якої тканини. Білки потрібні для побудови ферментів, гормонів, м'язів, кісток та хрящів.

Нестача білка відбивається на стані м'язової маси, рості дитини, стані її волосся, нігтів, впливає на загоєння ран, а також на настрої та працездатність; дитина швидше підхоплює інфекційні захворювання. Однак надмірна його кількість збільшує навантаження на печінку та нирки, а продукти розпаду можуть викликати сильну інтоксикацію.

8.3. Організація раціонального та лікувального харчування в сучасних умовах дитячого стаціонару

Раціональне харчування (з лат. *rationalis* – розумний) слід розглядати як одну зі складових здорового способу життя, яка сприяє збереженню здоров'я, опірності шкідливим факторам навколишнього середовища, високій фізичній і розумовій працездатності, а також активному довголіттю.

Лікувальне харчування здійснюється відповідно до принципів та методологій, визначених Порядком організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я (затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 жовтня 2013 року № 931).

Серед нововведень уперше дозволено підприємствам громадського харчування забезпечувати лікувальне харчування для хворих та організувати його доставку до медичного закладу (пункт 1.10 наказу № 931). Керівництву лікувально-профілактичних закладів необхідно уважно обирати такі підприємства та прописувати в угоді порядок і умови забезпечення хворих харчуванням: слід враховувати цілу низку ризиків щодо безпеки під час приготування, транспортування та реалізації готових страв.

На сьогоднішній день у медичних дитячих закладах незалежно від форми власності (державної чи комунальної) встановлено

мінімальний чотириразовий режим лікувального харчування (пункт 1.4 наказу № 931).

В організації лікувального харчування у медичному закладі беруть участь:

- ▶ Директор клініки визначає ключові аспекти організації лікувального харчування.
- ▶ Заступник директора клініки з лікувальної роботи контролює виконання принципів організації лікувального харчування.
- ▶ Медична сестра з дієтичного харчування стежить за якістю страв.
- ▶ Черговий лікар контролює видачу їжі у відділення, а також призначає лікувальне харчування госпіталізованому пацієнту.
- ▶ Лікар-дієтолог контролює виписування медсестрою продуктів харчування, зокрема дієтичного.
- ▶ Шеф-кухар відповідає за якість та дотримання технології лікувального харчування.

Лікар-дієтолог за своїми обов'язками:

- ▶ контролює роботу харчового блоку та дотримання встановленого порядку виписування харчування пацієнтам;
- ▶ співпрацює з лікарями різних медичних профілів щодо організації лікувального харчування;
- ▶ консультує пацієнтів з питань раціонального лікувально-профілактичного і дієтичного харчування;
- ▶ бере участь в організації забезпечення пацієнтів харчуванням, адекватним за якістю, енергетичною та харчовою цінністю;
- ▶ обґрунтовує з медичної точки зору застосування лікувального, достатнього та збалансованого харчування у медичних закладах;
- ▶ втілює сучасні наукові знання з дієтології;
- ▶ контролює санітарний стан їдальні, харчоблоку, буфетів.

Лікувальне харчування госпіталізованому призначає черговий або лікуючий лікар. Дієту вносять до медичної карти пацієнта та до зведеного замовлення харчування на всіх хворих.

Для оптимізації лікувального харчування у лікарні створюють групи нутріціологічної підтримки, до якої входять: завідувач відді-

ленням та лікар, який веде хворого. Нутріціологічна підтримка хворих підвищує ефективність різних способів лікування, знижує ризик виникнення ускладнень та поліпшує прогноз. Моніторинг ефективності нутріціологічної підтримки проводять шляхом щоденного зважування хворих дітей.

8.4. Диференційований підхід до визначення одного з головних методів лікування хворої дитини – дієтотерапії

Значна роль лікувального харчування у комплексній терапії вимагає, щоб воно відповідало науково обґрунтованій організації та застосовувалося у всіх стаціонарних відділеннях медичних закладів.

Після затвердження наказу МОЗ № 931 дієти по Певзнеру (15 дієтичних столів) скасовані, оскільки вони «визначали дієтичне харчування, орієнтуючись на захворювання, а не на масу тіла пацієнта, його вік, стиль життя тощо, та не враховували сучасні можливості фармакотерапії», натомість запроваджується сучасніша система лікувального харчування.

Пропонуються 3 базисні дієти, калорійність яких змінюється залежно від показника індексу маси тіла (ІМТ). Це 3 набори продуктів (для людей із недостатньою, нормальною та надмірною масою тіла), розраховані для загальних відділень лікарень, пологових будинків, дитячих, онкологічних і гастроентерологічних відділень. Це дієти з мінімальною кількістю або повною відсутністю «нездорових» продуктів.

Відміна з практичного застосування дієт по Певзнеру серед клініцистів залишається дискутабельною. По-перше, в їх основі закладено головний диференційований патогенетичний підхід, по-друге, до складових класичної організації лікувального харчування входять: описання дієти; показання для призначення; енергетична цінність продуктів; основні способи приготування страв; режим харчування.

Тобто, дієтотерапія ставить завдання харчування хворих із різноманітними захворюваннями, тому й вибір та методи обробки,

приготування продуктів дуже специфічні. Крім того, кулінарна обробка їжі має враховувати особливості фізіології та патофізіології травної та інших систем організму хворих. Усі ці аспекти відображені у традиційних дієтах по Певзнеру, тому вважаємо доцільним дати про них коротку інформацію (табл. 15). Але треба зазначити, що ця система дійсно потребує сучасного доопрацювання.

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

Таблиця 15

Дієти за Певзнером для комплексного лікування різних захворювань

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

Найчастіше дітям призначаються такі лікувальні дієти:

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

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

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

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

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

Показання: гострий гломерулонефрит, хронічний гломерулонефрит.

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

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

Режим харчування: 5 разів на добу у теплому вигляді.

8.5. Сучасні принципи достатності та збалансованості дитячого харчування

В основу системи лікувального харчування покладено принципи достатнього та збалансованого харчування за віковими групами, яка базується на основі фізіологічних потреб у харчових речовинах та енергії здорової дитини (табл.16). До співвідношення окремих харчових речовин вносяться корективи, які відповідають особливостям патогенезу, клінічного перебігу, стадії хвороби, рівню та характеру метаболічних порушень.

Таблиця 16

Норми фізіологічних потреб у харчових речовинах та енергії дітей та підлітків (на 1 кг ваги)

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

Кожній дитині, незалежно від захворювання, необхідне збалансоване та адекватне за калорійністю її енергетичним потребам харчування. За цими принципами встановлюються відповідні режими. Так, у соматичних відділеннях лікувального закладу зазвичай встановлено **чотириразовий** режим лікувального харчування; у відділенні ендокринології – **шестиразовий**, оскільки хворі потребують збільшення норм через отримання інсулінотерапії (норм харчування необхідно дотримуватись згідно з протоколом надання медичної допомоги дітям за спеціальністю дитяча ендокринологія, затвердженим наказом МОЗ України від 27.04.2006 р. № 254 та доповнень до протоколу лікування від 03.02.2009 р. № 55, від 07.10.2013 р. № 864).

Матері, які перебувають у стаціонарі разом з хворими дітьми віком до одного року, отримують триразове харчування за нормами для загальних відділень. Харчування дітей у віці від народження до шести місяців (які перебувають на штучному вигодовуванні) призначається лікарем відповідно до віку, показників зросту та ваги; у віці шести мі-

сяців до року має бути організовано відповідно до додатка 7 клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до трьох років (затверджений наказом МОЗ України від 20.03.2008 р. №149).

8.6. Функціональні обов'язки медсестри з дієтичного харчування та її документація

На посаду медсестри з дієтичного харчування може бути призначений медпрацівник з неповною або базовою вищою освітою, зі спеціалізацією з лікувального харчування. **Обов'язки дієтсестри:**

- знати законодавчу базу медичної галузі та роботи медзакладів; номенклатуру терапевтичних дієт та особливості технології дієтотерапії;
- знати норми вмісту харчових продуктів у стравах; умови зберігання та терміни придатності продуктів; потреби пацієнтів в основних продуктах харчування;
- визначати склад, енергетичну цінність страв та добових раціонів;
- складати меню-розкладку та оформляти технологічні картки страв;
- організовувати харчування тяжкохворих;
- перевіряти якість та харчову цінність отриманих на харчоблок продуктів;
- контролювати якість готових страв щодо їх органолептичних якостей, у т.ч. лабораторними методами, проведення С-вітамінзації;
- контролювати правильність розподілу страв у структурних підрозділах, точність виконання призначень лікаря-дієтолога; склад та якість харчових продуктів у «передачах» пацієнтам;
- знати правила асептики та антисептики і принципи санітарно-протиепідемічного режиму, контролювати його дотримання персоналом, який має доступ до продуктів харчування та страв;
- проводити навчання середнього та молодшого медперсоналу з організації лікувального харчування;
- оформляти медичну документацію вчасно та відповідно до вимог;
- бути ознайомленою з результатами профілактичних медичних оглядів персоналу, який має доступ до продуктів та готових страв;
- має право обмежувати доступ до роботи працівників, які не пройшли профогляд, а також осіб, які мають ознаки гній-

ничкових, кишкових захворювань, ангіни та інших інфекційних захворювань;

- ▶ проходити курси підвищення кваліфікації найменше 1 раз на 5 років.

Узагальнене коло обов'язків дієтсестри: контроль за обігом продуктів харчування та дотриманням санепідрежиму у медзакладі.

Якщо в штаті медичного закладу немає лікаря дієтолога дієтсестра робить виписку щодо харчування хворого під контролем лікаря-спеціаліста.

- ✓ Медична документація, яку веде дієтична сестра;
- ✓ Журнал хворих, яким призначено лікувальне харчування в стаціонарі.
- ✓ Журнал видачі готових продуктів зі складу.
- ✓ Журнал меню-розкладки.
- ✓ Журнал обліку відпуску відділенням раціонів харчування.
- ✓ Картка – розкладка.
- ✓ Журнал з контролю якості готової їжі (бракеражний журнал).
- ✓ Журнал огляду працівників харчоблоку.

8.7. Основні вимоги до контрольної діяльності дієтсестри від розробки раціону до видачі порцій харчування у їдальні дитячого відділення

Раціони харчування розробляються відповідно до норм середньодобового набору продуктів харчування на одного хворого у закладах охорони здоров'я (наказ МОЗ від 29.10.2013 № 931) чи закладах освіти, можуть застосовуватись норми харчування (затверджені постановою Кабінету Міністрів України № 305 від 24 березня 2021 р. «Про затвердження норм харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку»). Заміна харчових продуктів проводиться відповідно до додатків, які є в наказах.

Щодня дієтсестра підраховує замовлення від відділень лікарні (під керівництвом лікаря-дієтолога або відповідального за лікувальне харчування лікаря-спеціаліста), за участю завідувача виробництва (шеф-кухаря, бухгалтера) складає меню-розкладку і передає до бухгалтерії для розрахунку і виписки продуктів зі складу (комори) до харчоблоку.

Меню-розкладка складається з урахуванням встановлених норм харчування для закладу охорони здоров'я, затверджується головним лікарем закладу і підписується лікарем-дієтологом, бухгалтером, завідувачем виробництва (шеф-кухарем, кухарем).

Закладання продуктів у ємності для приготування їжі відбувається у присутності дієтсестри. Продукти зважують незалежно від того, що вони були отримані за вагою зі складу (комори). Адміністрація медичного закладу чи закладу освіти разом із дієтсестрою має перевіряти масу та кількість готових страв у відділеннях не рідше одного разу на місяць. Вага порцій готових страв має відповідати нормам виходу готової продукції.

Якість готових дієтичних страв (бракераж) контролює дієтсестра та черговий лікар, який дозволяє видачу готової їжі до відділень після перевірки страв, що фіксується у бракеражному журналі. Результати проби кожної страви записують до меню-розкладки, а загальну оцінку – до журналу готової їжі.

Дієтсестра чи черговий лікар відбирає контрольні проби добових готових страв у стерильні промарковані ємності на термін не менше 48 годин (з моменту закладання) на зберігання у холодильнику при температурі $+2+6^{\circ}\text{C}$.

Видача відділенням раціонів харчування відбувається на підставі відомості обліку відпуску харчування для хворих, яка заповнюється медичною сестрою з дієтичного харчування у трьох примірниках.

На кожну страву, приготовлену в закладі охорони здоров'я, повинна бути складена картка-розкладка у трьох примірниках:

- перший зберігається в бухгалтерії;
- другий – у завідувача виробництва (шеф-кухаря, кухаря);
- третій – у медичної сестри з дієтичного харчування.

8.8. Алгоритм перевірки якості їжі на кухні харчоблоку стаціонару

Порядок перевірки готової їжі на кухні перед її відпуском:

- a) безпосередньо з ємності для приготування їжі відповідно до переліку страв, зазначених у меню-розкладці (дієтсестра);

- б) шляхом проби оформлених страв однієї з найбільш масових дієт, яку готують у лікувальному закладі (черговий лікар, адміністрація лікарні).

Дієтсестра обов'язково контролює вагу та об'єм порції:

- об'єм перших страв встановлюється на основі даних про ємність посуду для приготування їжі й кількість замовлених порцій;
- вага других страв (каші, пудинги тощо) визначається шляхом зважування всієї кількості в загальному посуді з відніманням ваги тари і визначення таким чином ваги однієї порції;
- з порційних других страв (котлети, битки, м'ясо шматком тощо) зважується 10 порцій окремо і встановлюється рівномірність розподілу та середня вага однієї порції.

Відбору не підлягають страви, приготовлені з промислових виробів (ковбаса, сир, сосиски та ін.), а також такі, щодо яких можна обійтися показником ваги (курка – шматком тощо). На дослідження відбираються окремі страви різних дієт або повний обід (сніданок або вечеря) тієї чи іншої дієти, причому середні за вагою порції.

8.9. Сучасні принципи організації харчування дітей у їдальнях ДНЗ

Від правильно організованого харчування дітей у закладах освіти залежить здоров'я дитини та якість її навчання. Необхідно дотримуватись режиму харчування учнів. Повинно бути дворазове гаряче харчування (сніданок та обід). Для дітей, які залишаються в групі подовженого дня, – полудник. Інтервали між прийомами їжі не повинні перевищувати 3,5–4 год.

Відпуск гарячого харчування учням шкіл необхідно організовувати по класах (групах) на змінах, тривалістю щонайменше 20 хвилин, відповідно до режиму навчальних занять.

У закладах інтернатного типу (таборах відпочинку) харчування учнів організовується відповідно до режиму дня. За кожним класом (групою) у їдальні мають бути закріплені певні обідні столи.

Обслуговування гарячим харчуванням рекомендується здійснювати шляхом попереднього накриття столів та (або) з використанням ліній роздачі. Попереднє накриття столів (сервірування) може здійснюватися дітьми віком від 14 років під керівництвом чергуючого викладача. Не допускається присутність учнів у виробничих приміщеннях їдальні. Не дозволяється залучати учнів до робіт, пов'язаних з приготуванням їжі, чищенням овочів, роздачею готової їжі, різанням хліба, миттям посуду, прибиранням приміщень.

Станом на січень 2022 року були переглянуті вимоги до харчування дітей в закладах освіти (рис. 55).

Складові нової моделі здорового харчування у ДНЗ України:

- збалансованість (наявність корисних харчових продуктів: овочів, фруктів, злакових, бобових, молочних, м'яса, риби, жирів, солі та цукру);
- калорійність, що відповідає віку дітей;
- черговість, кількість приймання їжі.



Піраміда здорового харчування

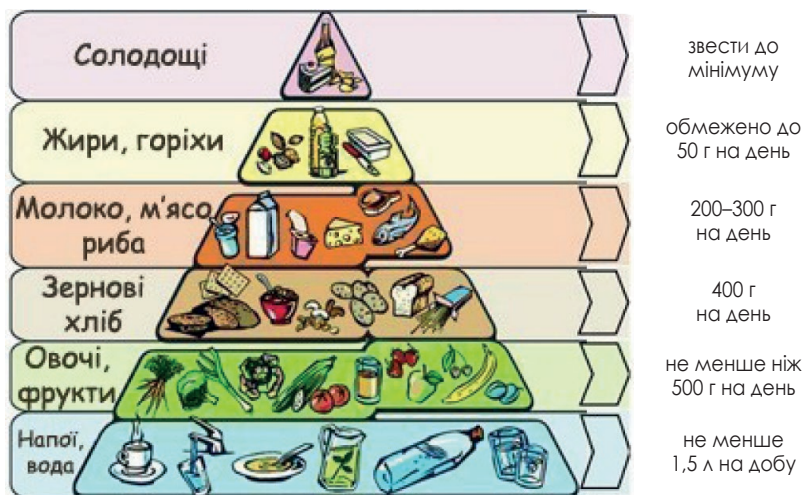


Рис. 55. Тарілка та піраміда здорового харчування дітей в закладах освіти

У закладі освіти слід мати приблизне 2-тижневе меню, розроблене на основі фізіологічних потреб у харчових речовинах і затверджених норм, та мати санітарно-епідеміологічний висновок на відповідність санітарним правилам та нормам. Слід уникати повторення однакових страв протягом дня, кількох днів.

Сніданок повинен складатися із закуски, гарячої страви та гарячого напою, рекомендується включати сезонні овочі та фрукти.

Обід повинен включати закуску, першу, другу (основну гарячу страву з м'яса, риби або птиці) та солодку страву. Як закуску слід використовувати салат з огірків, помідорів, свіжої чи квашеної капусти, моркви, буряків тощо, з додаванням свіжої зелені. Допускається використовувати порціоновані овочі (додатковий гарнір) як закуску. Для покращення смаку в салат можна додавати свіжі або сухі фрукти: яблука, чорнослив, родзинки та горіхи.

Замість стандартного обіду – відповідна порція для дитини певного віку. Обід дитини повинен мати енергетичну цінність:

- до 11 років – 630–735 ккал;
- 11–14 років – 620–840 ккал;
- старшокласників – 810–945 ккал.

У *полудень* рекомендується включати до меню напій (молоко, кисломолочні продукти, киселі, соки без цукру та підсолоджувачів) із булочними чи кондитерськими виробами без крему.

У закладах освіти, де діти перебувають цілодобово, або в таборах відпочинку, вечеря повинна складатися з овочевої страви або каші; основної другої страви (м'ясо, риба або птиця), напою (чай, сік, кисіль). Додатково рекомендується включати, як другу вечерю, фрукти або кисломолочні продукти та булочки або кондитерські вироби без крему.

Окрім стандартного шкільного харчування з одним набором страв, тепер у їдальнях закладів освіти можуть пропонувати ще три форми:

- *комплексне меню*: з вибором по дві-три страви на кожну позицію;
- так зване *дабл-меню*: коли перша стравка фіксована, а решту можна вибирати з 2–3 варіантів. І якщо в комплексному меню йде, скажімо, «котлета рибна з картопляним пюре», то в дабл-меню до котлети можуть запропонувати два-три різні гарніри;
- *«шведський стіл»*: тут обов'язкова умова – учні беруть страви не самі, їх видає працівник їдальні. Причому, на початку лінії роздачі слід ставити найкорисніші страви (салати, овочі, фрукти, каші).

Ще одна новація – може впроваджуватись кейтеринг, тобто замовлення доставки їжі у боксах. Це означає, що в школах взагалі може не бути харчоблоку. Тоді адміністрація школи має нести відповідальність за якість їжі, яку вони замовляють для харчування учнів.

Дослідження довели, що українські школярі вживають дуже багато картоплі, що призводить до надмірної ваги. Відтепер у звітах про стан виконання натуральних норм харчування картоплю рахуватимуть окремо. Переважно цей овоч піде на приготування перших страв та на одну-дві окремі страви на тиждень. До того ж картоплю будуть готувати кориснішими способами: наприклад, запікати.

Свіжі та заморожені овочі, зелень та фрукти – повинні бути щодня, на кожне харчування – по 100 г. Раз на тиждень хоча б 25 г сушених фруктів та ягід. Загалом три чверті їжі дитини мають становити продукти рослинного походження.

Досі у раціоні школярів п'ята частина всіх страв із м'яса припадала на ковбасу та сосиски. Зі шкільного харчування їх взагалі вилучили

через високий вміст солі. Птицю (курку чи індичку) повинні давати переважно на сніданок і ще раз на тиждень на обід. М'ясо на обід має бути тричі на тиждень. Порції птиці та м'яса:

- ▶ 70 г для учнів до 10 років;
- ▶ 100 г – до 14 років;
- ▶ 120 г – з 14 років.

Для насичення дитячого організму білком також тричі на тиждень даватимуть яйця, рибу – двічі на тиждень. Порція залежить від віку:

- ▶ для учнів початкової школи – по 60 г;
- ▶ для старшокласників – удвічі більше (120 г);
- ▶ для учнів 5–9-х класів – 90 г.

На сніданок і на обід пропонують готувати злакові каші та макарони з високим вмістом харчових волокон (гречка замість рису). Їх замінятимуть два-три рази на тиждень страви з бобових та один-два рази – з картоплі.

За новими правилами щодня дитина повинна отримувати на сніданок молочні чи кисломолочні продукти, бажано з вітаміном D: склянка молока чи кефіру 2,5–3,2 % жирності, або 125 г йогурту 1,5–2 % жирності.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я рекомендовано лише 1 г солі, дітям старшого віку – 1,5 грама.

Діти отримували багато цукру з їжею, тому двічі на тиждень питимуть чай без цукру або його замінників, а ще двічі – какао з молоком.

З харчових продуктів виключено маргарин та дешеву олію – використовуватимуть лише з масовою часткою жирів від 72 %. У страви в залежності від віку додаватимуть 2–3,5 г на сніданок та 2–5 г олії на обід.

Тим, у кого алергія на молоко (лактозна недостатність, непереносимість лактози) даватимуть рослинні напої, замінники, діабетиків інформуватимуть про вміст глюкози, перераховуватимуть у хлібні одиниці.

Для організації додаткового харчування дітей та підлітків (буфет) у продажу обов'язково мають бути хлібобулочні вироби не менше 1–2 найменувань. Реалізуються булочні вироби (в т.ч. здобні), збагачені вітамінами (вітамінно-мінеральними сумішами). Заборонені для

продажу в буфеті такі продукти, як: солодкі води, кава, чіпси, солоні горішки та сухарики, готові солодкі сніданки та інша некорисна їжа.

8.10. Санітарно-гігієнічні вимоги до працівників та функціонування харчоблоку ДНЗ

Харчоблоки дитячих оздоровчих таборів (і всіх закладів освіти) повинні мати повний набір обробних цехів. Столи, призначені для обробки харчових продуктів, повинні бути цільнометалеві з нержавіючої сталі або дюралюмінію. Допускаються столи, покриті оцинкованим залізом з закругленими кутами (тільки для обробки сирого м'яса та риби). Для приготування тіста повинні бути столи з дерев'яних твердих порід (дуб, бук, ясьень, береза) без щілин, гладкообстругані.

Дошки та ножі повинні бути промарковані:

- «СМ» – сире м'ясо,
- «ВМ» – варене м'ясо,
- «СР» – сира риба,
- «ВР» – варена риба,
- «ОС» – овочі сирі,
- «ВО»- варені овочі,
- «Т» – гастрономія,
- «О» – оселедці,
- «Х» – хліб.

Після миття і просушування дошки зберігаються безпосередньо на робочих місцях, поставлені на ребро або в підвішеному стані. Весь кухонний посуд повинен зберігатись на спеціальних полицях та стелажах, дрібний інвентар – у шафах.

Технологічне обладнання для обробки сирих і готових продуктів повинно мати відповідне маркування, по закінченні роботи ретельно промиватися з доданням дозволених МОЗ України миючих засобів – «Блік», «Блік-2», «Блік-М», «Посудомий», «Посудомий-2», «Вільва», «Вільва-екстра», «Прогрес», «Саніта».

Харчові продукти, що надходять на харчоблок, повинні відповідати вимогам нормативно-технічної документації і супроводжуватися документами, що засвідчують їх якість. Не допускається прийом харчових продуктів без супроводжувальних документів,

з просроченим терміном зберігання, ознаками псування. У супроводжувальних документах продуктів, які особливо швидко псуються, повинні бути вказані дата і година випуску, а також година і дата кінцевого терміну зберігання.

Супроводжувальні документи (товарно-транспортна накладна, якісне посвідчення, сертифікат) необхідно зберігати до кінця реалізації продукту, контроль за якістю продуктів, що швидко псуються, відображається в журналі по формі.

Забороняється зберігання продуктів, які швидко псуються, без холоду. У холодильних камерах (холодильних шафах, побутових холодильниках) повинні суворо дотримуватися правил товарного сусідства і зберігати:

- ✓ Вершкове масло – на полицях у тарі, або брусками в пергаменті; сири – на чистих дерев'яних стелажах: великобрусків без тари (при укладанні кругів один на інший між ними повинні бути прокладки з картону або фанери), дрібнобрусків – у тарі.
- ✓ Сметану, сир – у металевих флягах (діжках) або дрібній розфасовці.
- ✓ Молоко до кип'ятіння – у холодильній камері в упаковці.
- ✓ Сипучі продукти – у сухому приміщенні у чистих скринях з щільно закритими кришками або у мішках, картонних коробках на підтоварниках або стелажах на відстані не менше 15 см від підлоги. Відстань між стіною і продуктами – 20 см.
- ✓ Овочі і фрукти – у сухому, добре вентиляваному приміщенні у скринях або на стелажах, на відстані не менше 15 см від підлоги, при температурі повітря 3 – 5 град С.
- ✓ Хліб – окремо: чорний та білий на полицях або у шафах; відстань нижньої полиці від підлоги – не менше 35 см. У дверцятах шафи – отвори для вентиляції. Крихти у місцях зберігання хліба необхідно змитати спеціальними щітками і ретельно протирати полиці білою тканиною, змоченою 1 % розчином столового оцту.

УВАГА!!! Не допускається сумісне зберігання сирих продуктів або напівфабрикатів з готовими виробами; зберігання зіпсованих або підозрілих за якістю продуктів разом з доброякісними, а також зберігання у приміщеннях разом з харчовими продуктами тари, господарчих матеріалів і нехарчових продуктів.

Сильно пахучі продукти (оселедці, спеції та ін.) повинні зберігатися окремо від інших продуктів.

Обов'язкове дотримання правил особистої гігієни усіма без винятку працівниками харчоблоку. До роботи на харчоблок допускаються здорові особи, які пройшли медичний огляд відповідно до чинних наказів та інструкцій, а також прослухали курс з гігієнічної підготовки зі здаванням заліку. Контроль за дотриманням термінів проходження медоглядів (не рідше одного разу на 3 місяці) покладається на медпрацівника школи. На кожного працівника має бути заведено особисту медичну книжку, до якої вносять результати медичних обстежень, відомості про перенесені інфекційні захворювання, здачу санітарного мінімуму.

Персонал підприємства громадського харчування зобов'язаний дотримуватися таких правил особистої гігієни:

- приходити на роботу в чистому одязі та взутті;
- залишати верхній одяг, головний убір, особисті речі у вбиральні;
- коротко стригти нігті;
- перед початком роботи ретельно мити руки з милом, одягати чистий санітарний одяг у спеціально відведеному місці, після відвідин туалету ретельно мити руки з милом, бажано дезінфікуючим;
- при появі ознак простудного захворювання або кишкової дисфункції, а також нагноєнь, порізів, опіків повідомити адміністрацію та звернутися до медичного закладу для лікування;
- повідомляти про всі випадки захворювань на кишкові інфекції в сім'ї працівника.

У харчоблоках шкіл категорично забороняється:

- при виготовленні страв, кулінарних та кондитерських виробів носити ювелірні вироби, покривати нігті лаком, застібати спецодяг шпильками;
- приймати їжу, палити на робочому місці. Прийом їжі та паління дозволяється у спеціально відведеному приміщенні або місці.

Щодня перед початком зміни медпрацівник закладу освіти проводить огляд відкритих поверхонь тіла усіх працюючих на на-

явність гнійних захворювань. Особи з гнійними захворюваннями шкіри, нагноєними порізами, опіками, саднами, а також з катарами верхніх дихальних шляхів до роботи не допускаються, а переводяться на іншу роботу. Результати оглядів заносяться до журналу встановленої форми.

У кожному харчоблоці має бути аптечка з набором медикаментів для першої допомоги.

8.11. Правила транспортування харчових продуктів

Транспортують продукти в умовах, що забезпечують їх зберігання і запобігають забрудненню. Продукти, що особливо швидко псуються, повинні перевозитись у закритій маркованій тарі. У теплу пору року транспортування має здійснюватись в ізотермічному транспорті за наявності льоду не більше 3 годин, без льоду – не більше 1 години.

Транспорт для перевезення продуктів повинен мати санітарний паспорт, що видається органами санепідслужби на півроку. У ньому зазначається номер автомашини, прізвище відповідального за санітарно-гігієнічний стан транспорту, обладнання, наявність санітарного огляду.

Транспортні засоби для перевезення харчових продуктів повинні бути чистими і не використовуватися для перевезення інших товарів. Миття транспорту для перевезення харчових продуктів проводиться щоденно водієм машини, для чого повинен бути передбачений майданчик зі стоком води.

Тара, у якій привозять продукти з бази, повинна бути промаркована і використовуватися тільки за призначенням.

Клейончаті та інші мішки, металеві та дерев'яні ящики, діжки, бідони, фляги і контейнери з полімерних матеріалів і т.ін. після використання необхідно очищати, промивати водою з 2 % розчином кальцієвої соди (20 г препарату на 1 л води), обливати кип'ятком, висушувати та зберігати у місцях, недоступних для забруднення.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Харчування дітей у закладах освіти: https://www.youtube.com/watch?v=bgnuYtlE-SY&t=73s&ab_channel=%D0%A1%D1%83%D1%81%D0%BF%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B5%D0%94%D0%BE%D0%BD%D0%B1%D0%B0%D1%81
https://www.youtube.com/watch?v=TtpcGMogtEw&ab_channel=%D0%A1%D1%83%D1%81%D0%BF%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B5%D0%A7%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%B0%D1%81%D0%B8
https://www.youtube.com/watch?v=wwVcBA0QAdo&ab_channel=%D0%9C%D0%A2%D0%A0%D0%9A%D0%9C%D0%86%D0%A1%D0%A2%D0%9E
<https://rozvytok-osvity.te.ua/organ%D1%96zac%D1%96ya-harchuvannya/>

Контрольні питання до теми

1. Яка організаційна структура харчоблоку в лікарні та закладі освіти (школа, дитячий дошкільний заклад, табір літнього відпочинку)?
2. Яка організація роботи їдальні та роздатки в лікарні, їдальні та буфеті в закладах освіти?
3. Перерахуйте обов'язки медичної сестри з дієтичного харчування, та дієт-лікаря.
4. В чому різниця між принципами дієтичних столів за Певзнером та новими впровадженнями до дієтичного харчування?
5. Вкажіть функції усіх учасників організації лікувального харчування.
6. Яка документація зберігається на харчоблоці і хто її заповнює?
7. Вкажіть норми фізіологічних потреб основних нутрієнтів в дитячому віці.
8. Який режим харчування хворих у лікувальному закладі, від чого він залежить?
9. Назвіть основні нормативні документи, якими керується дієтсестра.
10. Які особливості харчування дитини з гострою патологією та дитини з хронічною патологією?

Тестові завдання

1. У раціоні дітей молодшого віку не повинно бути:
 - А) яйця (курячі, перепелині)
 - Б) куряче м'ясо
 - В) морська риба (морепродукти)
 - Г) кисломолочні продукти
 - Д) кетчупи, соуси
2. Які мінерали найбільш потрібні у дитячому віці для зміцнення кісток?
 - А) кальцій, фосфор
 - Б) магній, залізо
 - В) фтор, цинк
 - Г) йод
 - Д) селен
3. Які вітаміни найбільш потрібні у дитячому віці?
 - А) вітамін К
 - Б) вітаміни А, Є
 - В) вітамін С
 - Г) вітаміни групи В
 - Д) вітамін РР
4. Чим обумовлена підвищена потреба у вуглеводах школярів, порівняно з дорослими:
 - А) вищий основний обмін у 1,5- 2 рази
 - Б) активний фізіологічний розвиток внутрішніх органів та систем
 - В) велика рухова активність
 - Г) анатомо-функціональна активність мозкової діяльності
 - Д) участь у зростанні та оновленні тканин
5. Надмірний вміст жирів у дитячому харчуванні впливає на:
 - А) порушення обміну речовин
 - Б) погіршення використання білка
 - В) погіршення травлення
 - Г) погіршення вуглеводного обміну
 - Д) всі відповіді вірні

6. Згідно з сучасними вимогами сніданок у закладах освіти повинен складатись по кількості з:
- А) 1 страви
 - Б) 2 страв
 - В) 3 страв
 - Г) індивідуально
 - Д) всі відповіді вірні
7. Недостатня кількість білка в їжі не впливає на:
- А) ріст дитини
 - Б) зниження імунітету
 - В) зниження загоєння ран
 - Г) зниження працездатності
 - Д) все перераховане
8. Яка добова кількість солі допускається в сучасному меню закладів освіти?
- А) 0,2 г
 - Б) 0,5 г
 - В) 0,8 г
 - Г) 1 г
 - Д) не використовується
9. Вкажіть, які основні продукти дитина має отримувати в харчуванні двічі на тиждень?
- А) м'ясо
 - Б) яйця
 - В) риба
 - Г) картопля
 - Д) молоко та кисломолочні продукти
10. Продукти рослинного походження мають займати в раціоні дитини:
- А) 1/2
 - Б) 1/3
 - В) 1/4
 - Г) 3/4
 - Д) вживатись лише за бажанням дитини

11. Хто у клініці бере участь в організації лікувального харчування:
 - А) головний лікар
 - Б) дієтсестра
 - В) лікуючий лікар
 - Г) черговий лікар
 - Д) палатна медична сестра
12. Карта-розкладка зберігається у:
 - А) бухгалтерії
 - Б) завідувача виробництва
 - В) дієтсестри
 - Г) усі перераховані
 - Д) не зберігається
13. Контроль за дотриманням термінів проходження медоглядів працівниками харчоблока покладено на:
 - А) дієтсестру лікарні
 - Б) медичну сестру закладу освіти
 - В) головного лікаря
 - Г) директора школи
 - Д) інспектора відділу кадрів
14. За новими нормами в закладах освіти дозволено вживати вершкове масло з масовою часткою жиру:
 - А) 53 %
 - Б) 82 %
 - В) 72 %
 - Г) 63 %
 - Д) 30 %
15. Для дітей соматичного відділення передбачуване харчування:
 - А) 3 рази
 - Б) 4 рази
 - В) 5 разів
 - Г) 6 разів
 - Д) індивідуально

Рекомендована література

Основна література:

1. Постанова КМУ № 305 від 24.03.2021. «Про затвердження норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/305-2021-п#Text>
2. Наказ МОЗ № 931 від 29.10.2013 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2205-13#Text>
3. М. І. Кручаниця, І. С. Миронюк, Н. В. Розумикова та ін. «Основи харчування». 2019. С.252. URL : https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/27230/1/Підручник_ОСНОВИ_ХАРЧУВАННЯ-kinceva%20versia.pdf
4. «Організація лікувального харчування в закладах охорони здоров'я України»: [кн.-довідник] / Асоц. дієтологів України ; уклад.: О. В. Швець та ін.] ; за заг. ред. О. В. Швеця. Київ : КІМ, 2016. 367 с. URL : http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=EC&P21DBN=EC&S21STN=1&S21REF=10&
5. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навчальний посібник /за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. Київ : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.

Додаткова література:

1. Посадові інструкції медичної сестри з дієтичного харчування. URL : https://www.borovik.com/index_instruction.php?Gins=nwld&lang_i=1
2. Н. М. Зубар. «Основи фізіології та гігієни харчування»: Підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2010. 336 с URL : https://www.google.com/search?q=2.+%D0%9D.%D0%9C.%D0%97%D1%83%D0%B1%D0%B0%D1%80.+%D0%A4%D1%96%D0%B7%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F+%D1%85%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F.+2013.+%D0%A1.+360.&rlz=1C1CHBD_ruUA832UA832&oq=2.%09%D0%9D.%D0%9C.%D0%97%D1%83%D0%B1%D0%B0%D1%80.
3. Л. Ф. Павлоцька, Н. В. Дуденко, В. В. Євлах. Фізіологія харчування. 2018. С.417 URL: <https://repo.btu.kharkov.ua/handle/123456789/4127>
4. Фізіолого-гігієнічні основи харчування дітей та підлітків: URL : https://studopedia.com.ua/1_396284_fiziologo-gigiienichni-osnovi-harchuvannya-ditey-i-pidlitkiv.html



Розділ IX

ЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ДИТИНСТВА. РОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДСЕСТРИ В РОБОТІ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПЕДІАТРИЧНОЇ КОМАНДИ

Актуальність

Важливою складовою надання лікувально-профілактичної допомоги дітям є реабілітація. Тому знання міжнародних принципів надання реабілітаційної допомоги дитячому населенню, імplementованих в Україні, є надзвичайно актуальним. А теоретична та практична підготовка майбутніх фахівців по даній темі допоможе підвищити рівень надання медичної допомоги дітям.

9.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
1	2	3
МКФ	Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я	Класифікатор, який використовують в усіх розвинених країнах лікарі, педагоги, спеціалісти з реабілітації та психологи, розроблена ВООЗ

1	2	3
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб	Загальноприйнята медична статистична класифікація для кодування захворювань, розроблена ВООЗ
МДРК	Мультидисциплінарна реабілітаційна команда	Група фахівців з реабілітації, які об'єднані спільною метою і завданнями реабілітації та надають реабілітаційну допомогу високого й середнього обсягу в стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах
	Абілітація	Комплекс заходів, що допомагає особі з вродженими та/або такими, що виникли у ранньому віці, обмеженнями повсякденного функціонування, досягти оптимального рівня функціонування у її середовищі (допомога дітям з обмеженням життєдіяльності у засвоєнні нових навичок)
	Реабілітація	Комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем (допомога у відновленні втрачених навичок внаслідок хвороби, травми або старіння)
	Дитина з інвалідністю	Особа до досягнення повноліття (віком до 18 років) зі стійким обмеженням життєдіяльності, якій у порядку, визначеному законодавством, встановлено інвалідність
	Особа з обмеженнями повсякденного функціонування	Особа, яка внаслідок стану здоров'я або старіння, втратила або може втратити здатність до участі у заняттєвій активності у межах, звичних для неї
	Індивідуальний реабілітаційний план	Документ, розроблений мультидисциплінарною реабілітаційною командою на підставі результатів реабілітаційного обстеження особи з обмеженнями повсякденного функціонування, що визначає мету і завдання реабілітації та комплекс заходів, необхідних для їх досягнення

1	2	3
	Фахівці з реабілітації	Особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють професійними знаннями та навичками, залучені до безперервного професійного розвитку
	Ерготерапія	Процес відновлення (або навчання) заняттєвої активності та навичок самообслуговування самостійно або за допомогою полегшуючих пристроїв
	Фізична терапія	Процес відновлення (або навчання) навичок пересування у просторі самостійно або за допомогою полегшуючих пристроїв
	Фізична та реабілітаційна медицина	Спеціалізація фахівців, які застосовують з мультидисциплінарним підходом комплекс заходів, що передбачає профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станом здоров'я, що призводить до обмежень повсякденного фізичного та когнітивного функціонування, якості життя, обмежень життєдіяльності та їх коморбідних станів

9.2. Місце стратегії «реабілітації хворих дітей» у сучасній системі охорони здоров'я України

Використовують кілька стратегій охорони здоров'я. Серед них:

- профілактика та громадське здоров'я
- лікування
- реабілітація
- паліативна допомога.

Існуючі стратегії торкаються усіх сфер збереження здоров'я, починаючи від недопущення розвитку захворювань (профілактика) до паліативної допомоги задля полегшення стану пацієнта, забезпечення його гідності у безнадійних або термінальних ситуаціях.

Однією з надважливих стратегій охорони здоров'я є реабілітація. Її актуальність для нашої країни особливо зросла в останні роки через військову агресію росії в Україні. Внаслідок повномасштабних воєнних дій за даними офіційних джерел (офіс генерального проку-

пора України <https://www.gp.gov.ua>), станом на 1 травня 2023 р. понад 960 дітей отримали поранення різного ступеня тяжкості, а 75 % усіх дітей потребують психологічної допомоги. Крім того, сюди слід додати інвалідизуючі захворювання «мирного часу», такі як:

- вроджені вади розвитку;
- захворювання нервової системи, зокрема церебральний параліч;
- хвороби ендокринної системи та розлади обміну речовин;
- патологія серцево-судинної системи;
- нещасні випадки та травми тощо.

Реабілітації в педіатрії підлягають особи з обмеженнями повсякденного функціонування, які внаслідок стану здоров'я втратили або можуть втратити здатність до активної участі у звичний спосіб.

При стійкому обмеженні життєдіяльності дитині встановлюється інвалідність у порядку, визначеному законодавством.

Слід зазначити, що наявність у родині дитини з обмеженими можливостями є актуальною проблемою як для родини, так і для держави в цілому. Це позначається на якості життя, соціальному та економічному благополуччі усіх членів родини. Дитина з обмеженими можливостями потребує доглядальника, яким найчастіше стає мати, а більша частина таких родин взагалі розпадається.

Головне **завдання реабілітації** – забезпечення максимально можливої незалежності дитини у побуті, пересуванні, навчанні тощо.

Реабілітація є пріоритетною галуззю охорони здоров'я ще й з огляду на економічну складову проблеми. Завдяки правильно побудованому реабілітаційному процесу, дитина з обмеженням функціонування здобуває можливість навчатися та отримувати спеціальність, переходячи з розряду «тягара для економіки держави» в розряд повноцінного платника податків. При цьому відпадає необхідність у постійній присутності поряд доглядальника, що також має позитивний вплив на економічні та соціально-психологічні аспекти життя таких осіб. За даними Світового банку, кожен \$, вкладений в якісну освіту, а відтак, і абілітацію дітей 0–3 років, повернеться в майбутньому прибутком у 149 \$ на рік у дорослому віці.

9.3. Основні принципи проведення реабілітації в педіатрії

Реабілітація є напрямком медицини, тісно інтегрованим в лікувальний процес. В залежності від того, на якому етапі захворювання знаходиться пацієнт, виділяють такі періоди реабілітації:

- *гострий* – у перші години після розладу функціонування (в реанімації, палатах інтенсивної терапії);
- *післягострий* – починається з моменту, коли зникає потреба в цілодобовому нагляді лікаря-спеціаліста (реабілітаційні або соматичні відділення в стаціонарах, амбулаторна реабілітація);
- *довготривалий* – може тривати протягом усього життя, надається в громадах, соціальних центрах, навчальних закладах, вдома.

Термін «реабілітація» по суті означає повернення втрачених функцій організму.

Проте при роботі з пацієнтами раннього віку, які мають вроджені вади розвитку, захворювання або травми, які ускладнюють набуття дитиною нових для неї навичок, яких ще не було в її багажі (стояння, ходи, самостійного прийому їжі та ін.) використовують термін «абілітація».

Сучасна реабілітація є індивідуалізованою та пацієнтоорієнтованою. Перед початком реабілітації необхідно визначити:

- ступінь порушень життєдіяльності;
- потреби пацієнта.

Реабілітація не може бути ефективною без урахування запитів пацієнта та його родини.

Для визначення ступеня обмеження функціонування та життєдіяльності використовується Міжнародна класифікація функціонування (МКФ), розроблена ВООЗ.

МКФ - це класифікатор, який використовують в усіх розвинених країнах усі фахівці, які працюють у сфері реабілітації: лікарі, педагоги, психологи, соціальні працівники тощо. З позицій МКФ стан здоров'я розглядається не лише як порушення певних структур

організму, як це робить, наприклад, МКХ. Для пацієнта та його оточення важливо не саме порушення структури органу, а вплив порушення на функціонування організму в цілому, тобто здатність до самообслуговування (діяльність) та можливість інтегруватися в соціум, тобто навчатися, працюватися, спілкуватися (участь).

Крім того, діяльність та участь особи розглядається з урахуванням конкретних факторів навколишнього середовища (ліфти, перила, сходи, родина, психологічні установки та ін., які можуть як перешкоджати, так і сприяти реабілітації та інтеграції у суспільство).

Ще одним важливим чинником, який впливає на успіх реабілітації, є індивідуальні психологічні фактори пацієнта (бажання одужати, наявність чи відсутність мотивації, небажання втратити інвалідність та ін.). Тобто, в основі МКФ лежить біопсихосоціальна модель здоров'я з нерозривним зв'язком між її окремими складовими елементами (рис. 56).

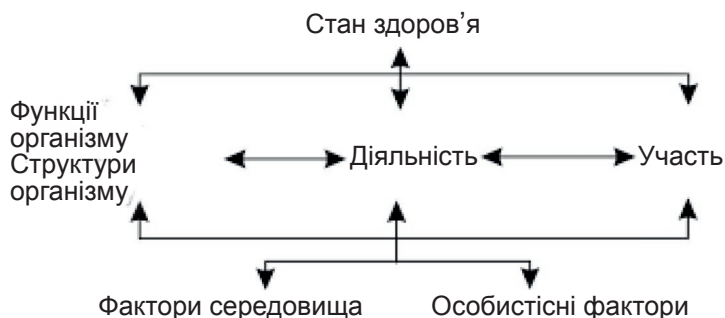


Рис. 56. Біопсихосоціальна модель стану здоров'я

9.4. Практичне використання принципів реабілітаційного діагностування хворих дітей

Викладені положення можна проілюструвати за допомогою клінічного випадку.

14.08.22. Пацієнт С., 12 років, школяр. Звернувся до відділення медичної реабілітації після пролікованого відкритого перелому зі зміщенням уламків правої великогомілкової кістки внаслідок падіння з висоти від 20.07.22. Одразу після травми був доставлений ка-

ретою ШМД до травматологічного відділення, де було проведено хірургічне лікування (репозиція уламків, ушивання рани).

Хлопець скаржиться, що не може самостійно ходити без підтримки або без опори на милиці або підручні опори (стіни, стілець).

Аналіз стану здоров'я з позицій МКФ:

Пошкоджені структури організму – контрактури колінного та гомілкового суглобів справа, права кінцівка відносно вкорочена.

Пошкоджені функції організму – порушена опора на ступню, хода та постава.

Порушення діяльності – в домашніх умовах пересування сповільнене, але не обмежене. Самообслуговування збережене. Не може самостійно ходити без підтримки або без опори на милиці.

Зміни соціальної участі дитини – пропускає тренування з футболу та втрачає фізичну форму, не може грати в активні ігри та допомагати матері у догляді за молодшою сестричкою, не може відвідувати школу, сумує за друзями, страждає від нестачі спілкування, внаслідок онлайн навчання гірше засвоює матеріал, почав відставати у навчанні.

Визначення впливу факторів середовища – школа, друзі, молодша сестричка, батьки, милиці або підручна опора.

Визначення впливу особистісних факторів – мотивація до одужання через бажання повернутися до тренувань з футболу, прагне активного спілкування з друзями та сестричкою, повернутися до звичного навчання (внутрішня мотивація – завжди вчився добре, зовнішня мотивація – за хороше навчання батько пообіцяв купити планшет).

9.5. Поняття про реабілітаційний діагноз та індивідуальний реабілітаційний план надання допомоги

Комплексний вплив на перераховані чинники є запорукою успішної реабілітації. Після детальної діагностики стану пацієнта згідно з доменами МКФ виставляється реабілітаційний діагноз.

Слід зазначити, що у пацієнтів з однаковою нозологією за МКХ реабілітаційний діагноз може відрізнятися, оскільки сту-

піль обмеження життєдіяльності, фактори середовища, персональні фактори можуть бути різними та інакше впливати на бажаний результат. Не завжди всі запити пацієнта та його родини можна вирішити за один курс реабілітації. Тому кожного разу перед початком реабілітації фахівці разом з пацієнтом та його законними представниками (батьки, усиновлювачі, опікуни тощо) складають індивідуальний реабілітаційний план, що визначає мету, завдання реабілітації та комплекс заходів, необхідних для їх досягнення.

Мета в реабілітації має бути максимально конкретною та відповідати принципам SMART:

Specific – конкретна (має один чіткий результат)

Measurable – вимірювана (результат можна виміряти в цифрах за допомогою пристроїв, шкал та ін.)

Achievable – досяжна (у пацієнта повинен бути реабілітаційний потенціал, тобто ресурс для досягнення мети)

Realistic – реалістичність, значимість (реалістична мета мотивує пацієнта, в той час як занадто високі та не реалістичні цілі знижують упевненість у своїх силах та позитивному результаті)

Timed – обмежена в часі (повинні стояти конкретні часові терміни, коли мета буде досягнута).

Приклад постановки реабілітаційної мети у пацієнта із затримкою мовного розвитку:

- за 2 тижні розповідати віршик на 4 рядки за мнемосхемою;
- або за 10 днів складати короткий опис за картинкою за допомогою 2–3-складових речень та слів першого порядку.

Приклад постановки реабілітаційної мети у пацієнта із переломом правої плечової кістки:

- за 14 днів самостійно приймати їжу;
- за допомогою полегшуючих пристроїв самостійно приймати душ та причісуватися.

9.6. Склад та форми роботи педіатричної мультидисциплінарної реабілітаційної команди

Основне завдання реабілітації – забезпечення максимальної функціональної незалежності пацієнта. Над поставленими цілями разом з пацієнтом працює ціла мультидисциплінарна реабілітаційна команда (МДРК). Це група фахівців різних спеціальностей, які надають реабілітаційні послуги особі, яка їх потребує, для забезпечення відновлення або компенсації наявних обмежень життєдіяльності.

До складу педіатричної МДРК входять:

- лікар з фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ);
- фізичний терапевт;
- ерготерапевт;
- асистенти фізичного терапевта та ерготерапевта;
- терапевт мови та мовлення;
- медична реабілітаційна сестра;
- психолог;
- корекційний педагог;
- протезист-ортезист;
- фахівець із соціальної роботи/соціальний працівник;
- лікар-невролог (ортопед);
- лікарі інших спеціальностей і спеціалісти освітньої чи соціальної сфери (у разі потреби).

Слід зазначити, що перераховані фахівці вибірково залучаються до реабілітаційного процесу в кожному конкретному випадку в залежності від виду захворювання, визначених цілей та періоду реабілітації, специфіки реабілітаційного закладу тощо.

Формою роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди є збори, на яких за результатами реабілітаційного обстеження:

- розробляється індивідуальний реабілітаційний план;

- розглядаються результати моніторингу та оцінки виконання плану;
- здійснюється його коригування.

Збори можуть проводитися як за особистої присутності членів команди, так і дистанційно з використанням інформаційних технологій, що забезпечують дотримання лікарської таємниці та інших вимог законодавства щодо захисту персональних даних.

9.7. Функціональні обов'язки медичної сестри з реабілітації

Основні завдання медичної сестри з реабілітації прописані в Постанові Кабінету Міністрів України № 1268 від 3 листопада 2021 р. «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я»:

- надання реабілітаційної допомоги протягом усіх реабілітаційних періодів;
- провадження професійної діяльності під керівництвом лікаря фізичної та реабілітаційної медицини;
- оцінювання ризиків виникнення ускладнень, розроблення та реалізація заходів під час перебування в стаціонарі;
- у співпраці з особами, які потребують реабілітації, їх законними представниками та членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди участь у розробленні індивідуального реабілітаційного плану;
- задоволення інформаційних потреб особи, яка потребує реабілітації, та осіб, які здійснюють догляд за особою з обмеженнями повсякденного функціонування, в межах своїх компетентностей;
- забезпечення медсестринського догляду, безпеки пересування, ергономіки простору в палаті, підготовки до діагностичних та терапевтичних втручань;
- виконання призначень лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та втручань, зазначених в індивідуальному реабілітаційному плані, у межах своїх компетентностей;
- ведення необхідної документації, здійснення кодування реабілітаційних втручань відповідно до сфери професій-

них компетентностей згідно з національним класифікатором 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій»;

- участь у роботі та зборах мультидисциплінарної реабілітаційної команди, внесок у прийняття командних рішень;
- співпраця з членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди та іншими медичними працівниками;
- сестра медична з реабілітації несе відповідальність відповідно до закону.

9.8. Головні напрямки роботи та завдання спеціалістів педіатричної мультидисциплінарної реабілітаційної команди

Згідно з наказом МОЗ № 2331 від 13.12.2018 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників», випуск 78 «Охорона здоров'я», керівником МДРК є лікар фізичної та реабілітаційної медицини (лікар ФРМ). Він виконує лікарську діяльність з метою запобігання, поліпшення та відновлення порушень структур та функцій організму, що виникли внаслідок різних хвороб та травм, оптимізації активності та участі з урахуванням реабілітаційного прогнозу особи з обмеженням життєдіяльності незалежно від віку та існуючого діагнозу, а також стану оточуючого середовища.

Фізичний терапевт – це фахівець з вищою освітою, який працює в сфері охорони здоров'я, але не є лікарем (рис. 57). Він:

- здійснює реабілітаційні заходи з метою припинення або зменшення болю, відновлення функцій тканин, органів, систем та організму в цілому, досягнення нормального рівня здоров'я, фізичної самостійності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб усіх вікових категорій з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату, ортопедичними вадами, побутовими, спортивними та професійними травмами, неврологічними, серцево-судинними, респіраторними та іншими захворюваннями та їх наслідками, людей літнього віку з віковими ускладненнями;

Спеціалізована сестринська практика в педіатрії

- цілеспрямовано проводить заняття по відновленню рухової сфери;
- сприяє покращенню статокінетичного розвитку;
- навчає батьків корекційним вправам у домашніх умовах.



Рис. 57. Робота фізичного терапевта

Фізичний терапевт за необхідності підбирає допоміжні пристрої для полегшення пересування пацієнта (колісні крісла, милиці, ходунки, ортези тощо) (рис. 58).



Рис. 58. Допоміжні засоби реабілітації

Допоміжні засоби реабілітації – будь-які зовнішні вироби (включаючи пристрої, обладнання, прилади чи програмне забезпечення), спеціально виготовлені або загальнодоступні, основною метою яких є підтримка або поліпшення функціонування і незалежності особи та сприяння її добробуту.

Ерготерапевт – фахівець з вищою освітою, який працює у сфері охорони здоров'я, але не є лікарем (рис. 59). Він:

- здійснює заходи щодо набуття людьми з обмеженнями життєдіяльності максимального рівня функціональності та незалежності в усіх аспектах життя через терапевтичне використання заняттєвої активності (занять) та активних реабілітаційних технологій, відновлення у них фізичного, соціального та психічного здоров'я, повернення людини до нормального соціального, професійного та побутового функціонування, відновлення автономності, інтеграції її у суспільство у закладах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та за їх межами;
- формує навички самообслуговування та повсякденної активності (прийом їжі, миття рук, відвідування туалету, одягання/роздягання, відкривання дверей, мобільність тощо);
- підбирає адаптивні пристрої;
- надає можливості більшої незалежності в повсякденному житті;
- у випадку інвалідності – пристосовує до максимально активного життя та більш повної інтеграції у суспільство.



Рис. 59. Робота ерготерапевта

У разі неможливості виконання пацієнтом певних функцій ерго-терапевт також підбирає допоміжні засоби (рис. 60).

Терапевт мови та мовлення – фахівець, відповідальний за відновлення та/або підтримку максимально можливого рівня усіх аспектів комунікації та/або ковтання в осіб з обмеженнями повсякденного функціонування або ризиком їх виникнення для забезпечення оптимального рівня комунікативної взаємодії з навколишнім середовищем та/або безпечного процесу споживання їжі (рис. 61).



Рис. 60. Допоміжні засоби для адаптації в побуті

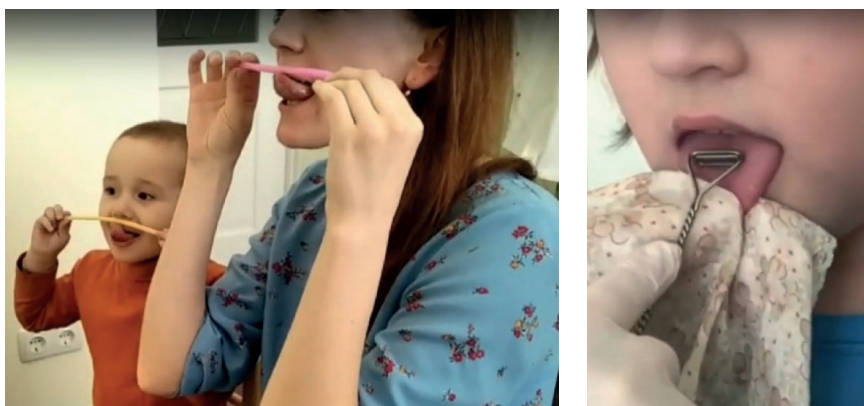


Рис. 61. Робота терапевта мови та мовлення

Основними завданнями мультидисциплінарної реабілітаційної команди є:

- 1) забезпечення доступності реабілітаційної допомоги за першої потреби;
- 2) визначення реабілітаційного прогнозу, мети та завдань реабілітації, розроблення індивідуального реабілітаційного плану;
- 3) забезпечення комплексного підходу в наданні реабілітаційної допомоги та уникнення або зниження стійких обмежень життєдіяльності в осіб з обмеженнями повсякденного функціонування;
- 4) забезпечення послідовності та вчасності залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у необхідній кількості;
- 5) внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану та обговорення стану виконання такого плану;
- 6) планування виписки особи та внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану для продовження його виконання в амбулаторних умовах після виписки із закладу, який надавав реабілітаційну допомогу.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Особливості роботи реабілітаційних відділень Дитячих клінічних лікарень № 1, 3, 4, 6, 7 м. Києва у 2023 році:

https://www.youtube.com/watch?v=OtGkN3KV0YA&ab_channel=%D0%9A%D0%B0%D1%84%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D1%96%D0%B0%D1%82%D1%80%D1%96%D1%974%D0%9D%D0%9C%D0%A3%D1%96%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%96%D0%9E.%D0%9E.%D0%91%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%86%D1%8F

Контрольні питання до теми

1. Основні завдання мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МРДК).
2. Склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МРДК).

3. Функціональні обов'язки членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МРДК).
4. Функціональні обов'язки сестри медичної з реабілітації.
5. Принципи оцінки стану пацієнта за допомогою Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).
6. Принципи складання індивідуального реабілітаційного плану.
7. Забезпечення ергономіки простору та безпеки пересування дітей з обмеженими можливостями.
8. Забезпечення гігієнічного догляду та виконання лікарських призначень у пацієнтів з обмеженими можливостями.
9. Особливості комунікації з дітьми з обмеженими можливостями, з дітьми з інвалідністю та їх законними представниками.

Тестові завдання

1. До складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди в дитячій лікарні входить:
 - А) стоматолог
 - Б) дитячий гінеколог
 - В) фізичний терапевт
 - Г) пластичний хірург
 - Д) всі відповіді вірні
2. До складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди в дитячій лікарні входить:
 - А) лікар фізичної та реабілітаційної медицини
 - Б) соціальний працівник
 - В) сестра медична з реабілітації
 - Г) ерготерапевт
 - Д) всі відповіді вірні
3. До фахівців з реабілітації належать:
 - А) лікар фізичної та реабілітаційної медицини
 - Б) фізичний терапевт
 - В) ерготерапевт
 - Г) терапевти мови і мовлення
 - Д) всі відповіді вірні

4. До фахівців з реабілітації належать:
 - А) протезисти-ортезисти
 - Б) психологи, психотерапевти
 - В) сестра медична з реабілітації
 - Г) асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів
 - Д) всі відповіді вірні
5. Мета та завдання реабілітації пацієнта визначається у:
 - А) реабілітаційному плані
 - Б) історії хвороби
 - В) листку призначень
 - Г) МКФ
 - Д) всі відповіді вірні
6. Інструментом для визначення функціональної спроможності пацієнта є:
 - А) історія хвороби
 - Б) ЕКГ
 - В) МКФ
 - Г) рентген
 - Д) динамометрія
 - Е) всі відповіді вірні
7. Мультидисциплінарну реабілітаційну команду очолює:
 - А) педіатр
 - Б) лікар фізичної та реабілітаційної медицини
 - В) сестра медична з реабілітації
 - Г) головний лікар
 - Д) завідуючий відділенням
8. Реабілітації в педіатрії підлягають:
 - А) всі діти з частими застудними захворюваннями
 - Б) всі діти за багатодітних родин
 - В) всі діти з обмеженнями функціонування
 - Г) всі діти з категорії тимчасово переміщених осіб
 - Д) всі відповіді вірні
9. Компонентами МКФ є:
 - А) анамнез хвороби
 - Б) анамнез життя
 - В) активність та участь

- Г) план реабілітації
Д) всі відповіді вірні
10. Ерготерапевт відповідає за:
А) відновлення навичок самообслуговування
Б) відновлення здатності пацієнта до пересування
В) координацію роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди
Г) виконання призначень лікаря ФРМ
Д) всі відповіді вірні
11. Формою роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди є:
А) конференція
Б) збори
В) індивідуальна незалежна робота
Г) протезування
Д) змагання
12. Фізичний терапевт відповідає за:
А) відновлення навичок самообслуговування
Б) відновлення здатності пацієнта до пересування
В) координацію роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди
Г) виконання призначень лікаря ФРМ
Д) всі відповіді вірні
13. Лікар ФРМ відповідає за:
А) відновлення навичок самообслуговування
Б) відновлення здатності пацієнта до пересування
В) координацію роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди
Г) виконання призначень директора клініки
Д) всі відповіді вірні
14. Медична сестра з реабілітації відповідає за:
А) відновлення навичок самообслуговування
Б) відновлення здатності пацієнта до пересування
В) координацію роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди
Г) виконання призначень лікаря ФРМ
Д) всі відповіді вірні

15. Фізичний терапевт відповідає за:
- А) призначення пацієнтові фізіотерапевтичних процедур
 - Б) відновлення та підтримання рухової активності
 - В) призначення тільки лікувальної фізкультури
 - Г) координацію роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди
 - Д) всі відповіді вірні

Рекомендована література

Основна література:

1. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf
2. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в управлінні реабілітацією/ Т. Г. Бакалюк, А. О. Голяченко, Г. О. Стельмах, О. А. Голяченко. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 4 (82). С. 36–39.
3. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, №8, ст.59. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
4. Постанова Кабінету Міністрів України №1268 від 3 листопада 2021 р. «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>

Додаткова література:

1. Наказ МОЗ України від 23.05.2018 № 981 «Про затвердження перегляду Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків». URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-23052018-981-pro-zatverdzhennja-perekladu-mizhnarodnoi-klasifikacii-funkcionuvannja-obmezhen-zhittedijalnosti-ta-zdorov%e2%80%99ja-tamizhnarodnoi-klasifikacii-funkcionuvannja-obmezhen-zhittedijalnosti-ta-zdorov%e2%80%99ja-ditej-i-pidlitkiv>
2. Газета «Урядовий кур'єр» від 16 серпня 2022р. – URL: <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/reabilitaciya-perezavantazhennya/>
3. Переклад Міжнародної класифікації функціонування: URL : <https://moz.gov.ua/article/news/moz-zatverdiv-pereklad-mizhnarodnoi-klasifikacii-funkcionuvannja>

4. Матеріали Конференції ІППП -2022. Доповідь «Фізична та реабілітаційна медицина в педіатричній практиці». Т. Д. Клець, Н. І. Владимиrowa, Г. В. Салтикова, Т. А. Шевченко. URL: https://www.youtube.com/watch?v=xqo_N3sYfX0&list=PL0jpOp5ub5-8MG2qjCdHrq1qRjzX-aRl91&index=17
5. Характеристика інвалідності дитячого населення України. Г. О. Слабкий та співавт. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2018. №1 (75). URL: <file:///C:/Users/Tetiana/Downloads/admin,+3.pdf>
6. <http://infectioncontrol.org.ua/articles/article291.pdf>
7. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навчальний посібник /за ред. проф. І. О. Мітюрєвої-Корнійко. Київ : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.



Розділ X

ОБСЯГ РОБОТИ ТА НАВИЧКИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДИТЯЧОГО САНАТОРІЮ ТА ВІДДІЛЕННЯ ПРИРОДНОЇ Й АПАРАТНОЇ ФІЗІОТЕРАПІЇ

Актуальність

Санаторно-курортне лікування завжди було важливим етапом відновлення стану здоров'я після хірургічних втручань, перенесених тяжких гострих захворювань, а також при цілому спектрі хронічних хвороб. Сприятливі кліматичні умови, вигідне географічне положення, дієтичне харчування та ціла низка природних факторів широко використовувалися в оздоровленні. При цьому надзвичайно важливе місце відводилося санаторіям, які були створені для відпочинку, лікування та оздоровлення дітей або для спільного перебування матері та дитини.

Перевагою фізіотерапевтичних методів лікування є висока ефективність, мала кількість побічних ефектів та можливість скоротити кількість та тривалість прийому медикаментів. Тож теоретична та практична підготовка майбутніх фахівців по даній темі допоможе підвищити рівень надання медичної допомоги дітям.

10.1. Перелік основних термінів, характеристик та скорочень

Скорочення терміну	Термін	Визначення
	Санаторно-курортне лікування	Комплекс оздоровчих і спеціальних лікувальних заходів, спрямованих на зменшення захворюваності та запобігання розвитку хронічних форм
	Санаторій або оздоровниця	Лікувально-профілактичний заклад для лікування та оздоровлення за допомогою природних факторів (клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, морські купання, сонцелікування тощо) у комплексі із дієтичним харчуванням, фізіотерапією, медикаментозним лікуванням, лікувальною фізкультурою та іншими заходами. Існують санаторії загального типу і спеціалізовані – відповідно до певних груп захворювань (для хворих із патологією нервової системи, органів травлення, дихання тощо)
	Будинок відпочинку	Оздоровчий заклад із регламентованим режимом, призначений для відпочинку практично здорових людей. В якості оздоровчих факторів використовується переважно кліматотерапія, охоронний режим, дієтичне харчування
	База відпочинку	Оздоровчий заклад, який служить для проживання, харчування, відпочинку, туристично-екскурсійного, культурно-побутового й фізкультурно-оздоровчого обслуговування туристів та екскурсантів
	Пансіонат	Оздоровчий заклад (або рекреаційний від лат. recreatio – відновлення), що відноситься до типу «будинок відпочинку», призначений для відпочинку на курорті, не здійснює лікування, має мінімально регламентований режим та загальне харчування
	Природні, оздоровчі, фізичні чинники санаторного лікування	Сонце, повітря, вода, гори, ліс, клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, ін.
	Преформовані оздоровчі, фізичні чинники санаторного лікування	Перетворені за допомогою спеціальних фізіотерапевтичних апаратів різні форми електричної, світлової, теплової та механічної енергії, прийнятні для впливу на людину

10.2. Відмінності різних типів лікувально-оздоровчих закладів

Згідно з Наказом МОЗ №202 від 20.04.05 «Про організацію санаторно-курортного лікування дітей» на оздоровлення приймаються діти від 2-3 років. До закладів, що надають лікувальну-оздоровчу допомогу дітям, відносяться санаторій чи оздоровниця, будинок відпочинку, база відпочинку, пансіонат.

Різні лікувально-оздоровчі заклади надають різні комплекси допомоги, спрямовані на відновлення та збереження здоров'я (табл. 17).

Таблиця 17

Показники лікувально-оздоровчих закладів

Тип закладу	Оздоровчі чинники					
	Наявність медичних показань	Кліматогеографія (курортна зона)	Охоронний режим	Лікувальне харчування	Медичний супровід, лікування	Основна діяльність
Санаторій	+	+	+	+	+	лікувальна
Будинок відпочинку	-	+	+	+	-	відпочинок, оздоровлення
База відпочинку	-	+	+	-	-	туристично-екскурсійна
Пансіонат	-	+	+/-	-	-	відпочинок

Спільною рисою різних типів оздоровчих закладів є використання природних факторів у незмінному чи зміненому, тобто преформованому вигляді. До природних фізичних чинників відносять сонце, повітря, воду, клімат, мінеральні води, лікувальні грязі; до преформованих – перетворені за допомогою спеціальних фізіотерапевтичних апаратів різні форми електричної, світлової, теплової та механічної енергії, прийнятні для впливу на людину (табл. 18).

Лікувальні фізичні фактори

Природні	Штучні (преформовані)
Кліматолікувальні (повітря, сонце, земля)	Електролікувальні
Бальнеолікувальні (мінеральні води)	Магнітолікувальні
Грязелікувальні	Фотолікувальні
	Механолікувальні
	Термолікувальні
	Гідролікувальні
	Радіолікувальні

10.3. Показання та протипоказання для санаторно-курортного лікування

За визначенням Міністерства охорони здоров'я України, загальними показаннями є: захворювання серцево-судинної та дихальної систем, нервової та опорно-рухової, органів травлення, статевих органів та сечовидільної системи, хвороби крові, порушення обміну речовин та захворювання ендокринної системи. Особливо підвищується роль санаторно-курортного, фізіотерапевтичного та реабілітаційного лікування у зв'язку з потребою оздоровлення великих контингентів населення, в тому числі дитячого, які постраждали від воєнних дій внаслідок військової агресії росії в Україні. Загальним правилом є те, що відповідна патологія повинна бути поза фазою активного загострення.

Згідно з наказом МОЗ України «Про організацію санаторно-курортного лікування дітей» виділяють загальні протипоказання до санаторного лікування:

1. Усі хвороби в період загострення.
2. Усі хронічні захворювання, що потребують спеціального лікування.
3. Перенесені інфекційні хвороби до закінчення терміну ізоляції.
4. Бацилоносійство.
5. Усі заразні хвороби очей, шкіри, злоякісні анемії, лейкемії, злоякісні новоутворення, кахексія, амілоїдоз внутрішніх органів, активні форми туберкульозу легень та інших органів.
6. Хвороби серцево-судинної системи:

- а) для місцевих спеціалізованих санаторіїв – недостатність кровообігу вище I ст;
 - б) для санаторного лікування на курортах – недостатність кровообігу будь-якого ступеня.
7. Діти з епілепсією, психоневрозами, психопатією, розумовою відсталістю, що потребують індивідуального догляду і лікування.
 8. Наявність у дітей супутніх захворювань, протипоказаних для даного курорту або санаторію.

Діти з протипоказаннями по віку і захворюванню в санаторій не приймаються.

10.4. Оформлення документації для направлення у дитячий санаторій

Ця функція входить в обов'язки сімейного лікаря, якому допомагає медична сестра на прийомі.

Правила оформлення в санаторій регламентуються Наказом МОЗ України «Про організацію санаторно-курортного лікування дітей» № 177 від 20.04.2005.

За загальними правилами путівка до санаторію дійсна за наявності:

1. Паспорта, свідоцтва про народження дитини для ідентифікації особи.
2. Медична довідка на дитину, яка від'їжджає в дитячий заклад оздоровлення та відпочинку (форма №079/0, де зазначаються дані про епідоточення, виконані профілактичні щеплення, результат огляду на коросту та педикульоз, перенесені інфекційні захворювання, дані про фізичний розвиток дитини із зазначенням групи для занять фізкультурою, рекомендації щодо режиму перебування). Під час перебування в санаторії лікар оздоровчого закладу вносить у форму відомості про перенесені захворювання, контакти з інфекційними хворими під час перебування в оздоровчому закладі, ефективність оздоровчих заходів.

Після повернення дитини з оздоровчого закладу повністю заповнена та засвідчена медична довідка форми 079/0 передається до медзакладу, де спостерігається дитина, та зберігається там упродовж трирічного терміну.

Для осіб старше 18 років заповнюється «Обмінна санаторно-курортна карта» форма 070/.

3. Дані дослідження на дифтерійне і дизентерійне бактерієносієство (за епідеміологічними та медичними показниками).
4. У санаторіях для дітей з захворюваннями органів травлення обов'язкове обстеження на дизентерійне бактерієносієство. Крім того, школярі повинні мати характеристику зі школи і щоденник (при направленні їх в осінньо-зимово-весняний період).

Діти мають бути забезпечені одягом (у т.ч. спортивним), взуттям по сезону, а також предметами особистої гігієни. Достроковий приїзд до санаторію і від'їзд (за винятком медичних показань чи сімейних обставин) із санаторію заборонений.

10.5. Основні лікувально-оздоровчі заходи у діяльності санаторію

Згідно з положенням про дитячий санаторій нетуберкульозного профілю, основним завданням його діяльності, незалежно від медичного профілю, є проведення у порядку етапності лікувально-оздоровчих заходів, що сприяють відновленню порушених функцій організму дитини і закріпленню досягнутих результатів лікування та організаційних форм роботи передових лікувально-профілактичних установ.

До лікувально-оздоровчих заходів відноситься:

- а) санаторно-гігієнічний і диференційований лікувальний режими, що відповідають характеру та тяжкості захворювання дітей, з організацією сприятливого зовнішнього середовища;
- б) максимальне використання природних лікувальних факторів (клімато-геліо-таласотерапія, бальнео- і пелоїдотерапія) у поєднанні з фізіотерапією, загартуванням, лікувальною фізкультурою та ін.;
- в) спеціальне лікування в залежності від характеру захворювання (психотерапевтичне, ортопедичне та ін.);
- г) повноцінне раціональне і лікувальне харчування;
- д) вітамінне і медикаментозне лікування;
- є) лікування супутніх захворювань усіма доступними в санаторних умовах методами;
- ж) учбово-виховний процес, що відповідає віку та стану здоров'я дітей.

Учбово-виховна, культурно-масова та організаційна робота в дитячих санаторіях нетуберкульозного профілю підпорядкована медичним потребам, будується відповідно до встановленого режиму дня і координується головним лікарем і лікарями відділень, які здійснюють контроль за усіма лікувальними заходами з точки зору допустимості навантажень на організм дитини.

10.6. Принципи організації підрозділів та ведення медичної документації санаторію

Для запобігання розповсюдженню інфекційних захворювань дитячий санаторій повинен мати:

- а) приймальне відділення з санпропусником;
- б) дезкамеру;
- в) ізолятор.

А також виділяють наступні складові:

- а) кліматопавільйони, веранди для проведення аерогеліокліматотерапії, сну дітей на повітрі;
- б) обладнані діагностичні і лікувальні (в т.ч. фізіотерапевтичні) кабінети (відділення) відповідно до медичного профілю санаторію.
- в) в установленому порядку, можуть бути організовані загально-освітні школи.

У санаторіях нетуберкульозного профілю можуть бути організовані також відділення відновного (реабілітації) лікування з індивідуальними термінами лікування.

Примітка: у санаторіях, в залежності від медичного профілю і діючих показань по направленню дітей, можуть бути організовані спеціальні відділення для дітей з різними формами та ступенями активності процесу в порядку переведення їх зі стаціонарів (етапне відділення). Тобто здійснюється систематичний зв'язок з іншими дитячими установами охорони здоров'я (лікарнями, амбулаторіями, диспансерами).

За віковим принципом організуються санаторії або відділення для дітей раннього віку (від 1 року до 3), дошкільного (від 4 до 6) і шкільного (від 7 до 14 включно).

У санаторії на кожну дитину заводять історію хвороби за затвердженими формами. Результати ефективності санаторно-курортного лікування дітей оцінюються відповідно до діючих медичних вказівок. Продовження терміну лікування в дитячому санаторії можливе відповідно до медичних показань та рішення внутрішньо-санаторної лікарняної комісії (ВЛК) з оформленням цього рішення відповідним актом, який подається до органу охорони здоров'я, якому підпорядкований санаторій.

У кожному підрозділі санаторію працюють медичні сестри, які мають функціональні обов'язки, які розглядались у відповідних розділах посібника. Особливості роботи мають медичні сестри фізіотерапевтичного відділення.

10.7. Сучасна класифікація методів фізіотерапевтичного лікування

Як зазначалося вище, перевагою санаторно-курортного лікування є використання природних та преформованих факторів. Серед преформованих широко застосовуються фізіотерапевтичні процедури:

- Водолікування
- Теплолікування
- Світлолікування
- Ультразвук
- Електролікування

Детальний опис та характеристика окремих видів такого лікування представлена в *табл. 19*.

Таблиця 19

Види фізіотерапевтичного лікування в залежності від впливу

1	2	3	4
Природні лікувальні фактори	Клімато терапія	Аеротерапія	Повітряні ванни Аерофітотерапія
		Спелеотерапія	Сольові шахти (рис.61)

Продовження табл. 19

1	2	3	4	
		Геліотерапія	Використання сонячних променів з лікувальною та профілактичною метою	
		Таласотерапія	Лікування морем (морська вода, водорості, грязі, клімат)	
	Бальнеотерапія	Мінеральні води	Мінеральні питні води (рис. 63) Мінеральні ванни (хлоридно-натрієві, йодобромні) Мінерально-газові ванни (вуглекислі, сірководневі, радонові)	
	Пелоїдотерапія	Лікувальні грязі (пелоїди) (Тепловий, механічний та хімічний фактори)	Грязеві аплікації	
	Гідротерапія (водолікування)	Душі	Циркулярний Душ Шарко Шотландський душ Підводний душ-масаж	
		Ванни (місцеві та загальні)	Прісні Ароматичні Хвойні ванни Йодо-бромні ванни Бішофітові ванни Сольові ванни Скипидарні ванни Гідромасажні ванни (рис.64)	
		Бані	Парова Суша сауна (рис. 65)	
			Гідроклонотерапія	
	Апаратна фізіотерапія	Електричний струм	Електротерапія постійним током	Гальванізація Електрофорез
			Електротерапія імпульсна	
Електротерапія середньочастотна			Дарсонвалізація	

Продовження табл. 19

1	2	3	4
		Електротерапія низькочастотна	Ампліпульс Електроміостимуляція Інтерференцтерапія Ультратон
	Електричне поле		Франклінізація Електростатичний масаж УВЧ-терапія
	Магнітне поле		Імпульсна магнітотерапія Низькочастотна магнітотерапія Магнітотерапія магнітним полем, що біжить Високочастотна магнітотерапія
	Електромагнітне випромінювання	Надвисокочастотна електротерапія	Дециметровхвильова Сантиметровхвильова Вкрай високочастотна Мікрохвильова резонансна терапія
	Фото терапія	Електромагнітні хвилі оптичного діапазону	ІЧО (інфрачервоне опромінення) Хромотерапія УФО (ультрафіолетове опромінення) Лазеротерапія
	Термотерапія	Тепло	Парафін Озокерит
		Холод	Кріотерапія
	Механічна напруга		Масаж Мануальна терапія Підводне витягання Ударно-хвильова терапія Акупунктура Тренажери (рис. 66)
	Механічні коливання	Вібротерапія	
		Ультразвукова терапія	
		Ультрафонофорез	
	Тиск	Баротерапія	Локальна Гіпоберотерапія Гіперберотерапія Оксигенотерапія (рис. 67)

<i>Продовження табл. 19</i>			
1	2	3	4
	Змінене повітряне середовище		Аероіонотерапія Аерозольтерапія Галотерапія



Рис. 62. Сольові шахти



Рис. 63. Мінеральні питні води



Рис. 64. Підготовка гідромасажної ванни



Рис. 65. Суха сауна



Рис. 66. Тренажери



Рис. 67. Готування кисневих коктейлів (оксигенотерапія)

10.8. Особливості використання фізіотерапевтичних процедур за віком дитини

У різні періоди свого розвитку дитячий організм має певні анатомо-фізіологічні особливості, що впливає на вибір тактики лікування фізіотерапевтичними методами. Особливості застосування цих методів представлені в *табл. 20*.

Таблиця 20

Застосування методів фізіотерапії в залежності від віку дитини

Вік дитини	Метод фізіотерапії
1	2
До 1 міс	Місцеве УФО, УВЧ – терапія, місцева гальванізація і електрофорез, масаж, ампліпульс-, гідро-, парафіно- кінезо-, аерозоль-терапія, ванни прісні і слабомінералізовані (NaCl до 10 г / л)
3 1 міс	Ультратонотерапія, загальне УФО і ІКЛ, ароматичні та лікарські ванни, аеротерапія
3 3 міс	Електродіагностика, електростимуляція, талассо- і геліотерапія
3 6 міс	Флюктуоризація, УВЧ – індуктотермія, мануальна мобілізація, озокеритолікування, місцеві гарячі вовняні укутування
3 1 року	Магнітотерапія
3 2 років	Місцева дарсонвалізація, ДМВ і лазеротерапія, ультразвук і фонофорез, гідромасаж, спелеотерапія, кисневі, перлинні, азотні ванни, нафталано- і грязелікування місцеве, загальні гарячі вовняні укутування, гіпотермія

Продовження табл. 20

1	2
3 3 років	Черезшкірні електростимуляція (TENS), електросон і трансцеребральна електроанальгезія, ІНЧ-, аероіоно-, КВЧ – терапія, сауна
3 5 років	Загальна гальванізація і електрофорез, вібротерапія, інтерференцтерапія, індуктотермія, місцева франклінізація, загальні рапні, сульфідні, радонові, скипидарні, вуглекислі ванни, внутрішній прийом мінеральних вод, оксигенотерапія, акупунктура
3 14 років	Загальна франклінізація, підводне витяжіння і тракційна терапія, підводні кишкові промивання та зрошення, мануальна маніпуляція

Призначення курсу лікування входить до компетенції лікаря, проте відпуском фізіотерапевтичних процедур займається медична сестра фізіотерапевтичного кабінету.

10.9. **Обов'язки медичних сестер фізіотерапевтичного відділення**

- виконувати вимоги експлуатаційної документації, інструкцій з охорони праці;
- мати навички експлуатації фізіотерапевтичного обладнання для безпеки пацієнтів, персоналу та довкілля;
- надавати першу допомогу при ураженні електричним струмом або світловим випромінюванням.

Перед початком роботи медична сестра вдягає спеціальний медичний одяг, прибирає волосся під головний убір і звільняє кишені від металевих предметів.

Потім перевіряє справність усіх фізіотерапевтичних апаратів і заземлюваних проводів, блокувальних пристроїв, наявність замків і попереджувальних написів на головних розподільних електрошитах, наявність діелектричних килимків біля робочих місць і дерев'яних ґраток на металевих предметах.

Пацієнту перед процедурою необхідно розповісти про можливі відчуття та очікувані результати лікування.

Залежно від виду процедури хворі можуть відчувати: поколювання під електродами (гальванізація, електрофорез, дарсонвалізація),

вібрацію (вібротерапія), тепло (термо-, гідротерапія), розпирання, проходження струму, оніміння, тепло, тиск (акупунктура, фізіопунктура), скорочення м'язів, вібрацію (імпульсні струми), охолодження (купання, повітряні ванни, кріотерапія), психофізичне відчуття комфортності (КВЧ-терапія, електросон, фіто-, ароматерапія) тощо.

Клінічний ефект процедури може виникати безпосередньо під час процедури чи одразу після неї або ж у процесі курсового лікування. Тривалість післядії може бути короткочасною, середньою та тривалою.

10.10. Забезпечення безпеки фізіотерапевтичного лікування

У кабінеті фізіотерапії використовуються електромагнітні поля, електричний струм, хімічні та біологічні сполуки. Знання та дотримання правил безпеки при роботі з ними гарантує безпеку пацієнтів та медичного персоналу. Безпеку роботи у фізіотерапевтичному відділенні визначає НПАОП 9.1.50-2.08-86 «Відділення, кабінети фізіотерапії. Загальні вимоги безпеки».

Ушкоджуючі чинники в кабінеті фізіотерапії:

- ураження електричним струмом;
- механічні пошкодження;
- іонізуюче, електромагнітне, інфрачервоне, ультрафіолетове, ультразвукове та лазерне випромінювання;
- опіки та обмороження під час роботи з рідким азотом;
- вибухи й пожежі;
- підвищений рівень шуму й вібрації;
- хімічні або біологічні впливи.

Медсестри відділень і кабінетів фізіотерапії мають проходити попередні під час прийому на роботу та періодичні медичні огляди.

Відповідність кваліфікації персоналу та інструктажі з охорони праці

Робота з фізіотерапевтичним обладнанням потребує підвищених вимог до кваліфікації працівників. Медичний персонал відділень, ка-

бінетів фізіотерапії зобов'язаний пройти спеціальне навчання безпечним методам роботи та інструктажі з охорони праці на робочому місці (НПАОП 0.00-4.12-05 «Типове положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці», затверджений наказом Держнаглядохоронпраці від 26.01.2005 № 15).

Увага! Молодший медичний персонал не має права проводити фізіотерапевтичні процедури.

Завідувач відділення має проводити інструктаж на робочому місці (первинний, повторний, позаплановий, цільовий) для всіх працівників відділення раз на шість місяців. Для працюючих у шкідливих чи небезпечних умовах інструктаж проводять раз на три місяці.

У кожному кабінеті помістіть детальні інструкції, затверджені локальним наказом, що визначають дії персоналу у випадку ураження електричним струмом, світловим випромінюванням, пожежі.

Медичні сестри кабінету фізіотерапії зобов'язані дотримуватися основних вимог щодо безпечних умов праці: виконувати всі інструкції з охорони праці, використовувати в роботі засоби індивідуального захисту, дотримуватися санітарно-гігієнічних вимог тощо.

10.11. Техніка безпеки при роботі у фізіотерапевтичному кабінеті

Техніка безпеки спрямована на створення безпечних умов праці для персоналу і перебування хворого:

- до самостійного проведення фізіотерапевтичних процедур допускаються особи з середньою медичною освітою, які мають посвідчення про закінчення курсів спеціалізації з фізіотерапії за програмою, затвердженою МОЗ України;
- заборонено розміщувати фізикабінети і відділення в приміщеннях, які знаходяться нижче 0,5 м відносно рівня тротуару;
- дозволяється застосовувати лише ту апаратуру, яка дозволена МОЗ України;
- особи молодші 18 років до роботи з приладами ультрависокої і надвисокої частоти не допускаються;

- електрообладнання повинно відповідати правилам обладнання електричних установок, а фізіотерапевтична апаратура – медико-технічним умовам;
- приміщення фізкабінетів повинні застосовуватися лише за їх прямим призначенням;
- у фізіотерапевтичних відділеннях повинен регулярно проводитися контроль з метою виявлення радіоактивного випромінювання, забруднення повітря озonom, антибіотиками, сірководнем, парафіном.

Посилання на відеоматеріали за темою

1. Фізіотерапія для дітей зі спадковими захворюваннями нервової системи::
https://www.youtube.com/watch?v=skuFZp0bJuA&ab_channel=KozyavkinMethod
https://www.youtube.com/watch?v=DsceR8QusOk&ab_channel=БогданДаниляк
2. Внутрішній розпорядок роботи фізіотерапевтичного відділення
<https://romashka-dim.com.ua/pravila-povednki-v-zaklad/pravila-vnutrshnyogo-trudovogo-rozporyadku/>
https://wiki.legalaid.gov.ua/index.php/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B4%D0%BE%D0%BA_%D0%BE%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D1%82%D0%B0_%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B8%D0%BD%D0%BA%D1%83_%D0%B4%D1%96%D1%82%D0%B5%D0%B9
[http://h.holder.com.ua/c?tz&z1585&b159159&s03908&r\[rndID\]&u](http://h.holder.com.ua/c?tz&z1585&b159159&s03908&r[rndID]&u)

Контрольні питання до теми

1. Організаційна структура та роль дитячого санаторію в системі оздоровлення.
2. Структурні підрозділи санаторію.
3. Показання та протипоказання для санаторно-курортного лікування.
4. Принципи відбору для санаторно-курортного лікування.

5. Правила прийому дітей на санаторно-курортне лікування, необхідні документи.
6. Функціональні обов'язки медичної сестри санаторію на різних рівнях.
7. Поняття про природні та преформовані фізичні чинники.
8. При яких захворюваннях використовуються лікувальні ванни?
9. Які існують показання для призначення електропроцедур у дітей?
10. З якого віку призначаються дітям інгаляції?
11. З якого віку застосовується внутрішній прийом мінеральних вод?
12. Функціональні обов'язки медичної сестри фізіотерапевтичного кабінету.
13. Техніка безпеки в фізіотерапевтичному кабінеті.
14. Невідкладна допомога дітям при опіках, отриманих при порушенні правил надання теплових процедур.
15. Можливі відчуття хворого під час проведення стандартних фізіотерапевтичних процедур.

Тестові завдання

1. Завданням санаторно-курортного лікування є:
 - А) зменшення захворюваності
 - Б) попередження розвитку хронічних форм
 - В) попередження виникнення рецидивів хронічних захворювань
 - Г) всі відповіді вірні
2. Лікувальні фізичні фактори поділяються на:
 - А) фізичні та хімічні
 - Б) природні та преформовані
 - В) грязеві та температурні
 - Г) бальнеологічні та гідромасажні
 - Д) акупунктурні та рефлексорні
3. До природних лікувальних чинників належать:
 - А) повітря
 - Б) мінеральні води
 - В) лікувальні грязі
 - Г) сонячне світло
 - Д) всі відповіді вірні
4. В якості лікувального чинника бальнеотерапія використовує:
 - А) ванни
 - Б) сауну
 - В) душі

- Г) мінеральні води
Д) всі відповіді вірні
5. В якості лікувального чинника таласотерапія використовує:
А) морські водорості
Б) магнітне поле
В) мінеральні води
Г) сауну
Д) лікувальні душі
Е) всі відповіді вірні
6. У 7 років дитині не можна призначати:
А) оксигенотерапія
Б) вібротерапія
В) хвойні ванни
Г) електрофорез
Д) мануальні маніпуляції
Е) лазеротерапія
7. В 1 рік малюку дозволяється застосування:
А) електросон
Б) сауна
В) геліотерапія
Г) фотофорез
Д) мінеральні води внутрішньо
Е) дарсонваль
8. В якості лікувального чинника пелоїдотерапія використовує:
А) морські водорості
Б) магнітне поле
В) мінеральні води
Г) сауну
Д) лікувальні грязі
Е) всі відповіді вірні
9. До методів гідротерапії відносяться:
А) підводний душ-масаж
Б) мінеральна ванна
В) питні мінеральні води
Г) лікувальні грязі
Д) всі відповіді вірні
10. При поступленні в санаторій у дитини мають бути такі документи:
А) амбулаторна карта пацієнта

- Б) історія хвороби
 - В) медична довідка на дитину, яка від'їжджає в дитячий заклад оздоровлення та відпочинку
 - Г) довідка про дохід батьків чи законних представників
 - Д) всі відповіді вірні
11. До небезпечних чинників при роботі в кабінеті фізіотерапії належать:
- А) ураження електричним струмом
 - Б) лазерне випромінювання
 - В) опіки та обмороження
 - Г) вибухи й пожежі
 - Д) підвищений рівень шуму й вібрації
 - Е) всі відповіді вірні
12. Протипоказанням до санаторно-курортного лікування є:
- А) ГРЗ з субфебрильною температурою
 - Б) вітряна віспа в анамнезі
 - В) перенесена в ранньому дитинстві апендоктомія
 - Г) алергія на білок коров'ячого молока
 - Д) всі відповіді вірні
13. Протипоказанням до санаторно-курортного лікування є:
- А) кахексія
 - Б) епілепсія за потреби індивідуального догляду
 - В) злаякісні новоутворення
 - Г) хронічні хвороби в період загострення
 - Д) всі відповіді вірні
14. Лазеротерапія відноситься до:
- А) світлолікування
 - Б) електролікування
 - В) термотерапії
 - Г) вібротерапії
 - Д) всі відповіді вірні
15. Для запобігання розповсюдженню інфекційних захворювань дитячий санаторій повинен мати:
- А) палату інтенсивної терапії
 - Б) Мельцерівський бокс
 - В) напівбоксовані палати
 - Г) ізолятор
 - Д) всі відповіді вірні

Рекомендована література

Основна література:

1. Наказ МОЗ України № 202 від 29.12.1992р. «Про організацію санаторно-курортного лікування дітей» URL : https://zakononline.com.ua/documents/show/81602__81602
2. Наказ МОЗ України «Про організацію санаторно-курортного лікування дітей» № 177 від 20.04.2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0177282-05#Text>
3. Охорона праці медсестер фізіотерапевтичного відділення. Медична справа. 29.01.2019. URL : <https://www.medsprava.com.ua/article/1798-ohorona-prats-medsester-fzoterapevtichnogo-vddlennya>
4. В. Р. Будзин. Преформовані фізичні чинники. Лекція з навчальної дисципліни «Загальні принципи сучасної фізіотерапії». Львівський державний університет фізичної культури ім. Івана Боберського, кафедра спортивної медицини, здоров'я людини. . URL : https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/24208/1/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F%20%20_%20,%D0%9F%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D1%96%20%D1%84%D1%96%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96%20%D1%87%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B8%_%20%D0%91%D1%83%D0%B4%D0%B7%D0%B8%D0%BD%20%D0%92.%D0%A0.-.D0%BF.D0%B5.D1%80.D0%B5.D1%82.D0%B2.D0%BE.D1%80.D0%B5.D0%BD.D0%BE.pdf
5. Наказ МОЗ від 29.05.2013 № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності». <https://www.medsprava.com.ua/article/2230-medichna-dovdka-na-ditiny-u-yaka-vdjdja-v-dityachiy-zaklad-ozdorovlennya-ta-vdpochinku-forma>

Додаткова література:

1. Г. Н. Пономаренко «Загальна фізіотерапія». Київ. 2004. 384 с.
2. В. М. Сокрут, Л.А. Алексеева. Методичні рекомендації для викладачів на медичному факультеті з дисципліни «Медична реабілітація». Лиман. 2016.
3. Санітарно-гігієнічний режим фізіотерапевтичного відділення. MI-T15-Fundamentals-of-sanitary-and-epidemiological-surveillance.pdf.
4. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навчальний посібник /за ред. проф. І. О. Мітюрєвої-Корнійко. Київ : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

Завдання 1

Хлопчик, 7 років, граючи у футбол, впав і отримав садно, забруднене землею. В яких медичних документах можна знайти інформацію про проведені йому щеплення проти правця?

Еталон відповіді: у картці профілактичних щеплень, яка є складовою історії розвитку дитини.

Завдання 2

До приймального відділення доставили дитину з неблагополучної сім'ї. Під час огляду виявили білизняний педикульоз. Що необхідно зробити з одягом дитини?

Еталон відповіді: необхідно відправити в клеючатовому мішку в дезкамеру (відповідно до наказу № 38).

Завдання 3

У приймальному відділенні при огляді дитини у край тяжкому стані виявлені гниди. Коли необхідно провести санітарну обробку хворого?

Еталон відповіді: Дитину госпіталізувати в реанімаційне відділення, надати медичну допомогу, потім проводити санітарну обробку.

Завдання 4

До приймального відділення педіатричної клініки доставлено хворого з підозрою на гострий апендицит. Посилаючись на відсутність у клініці хірургічного відділення, медсестра відправила хворого в іншу клініку, де є спеціалізоване хірургічне відділення. Чи правильні її дії?

Еталон відповіді: Ні. Медична сестра повинна терміново викликати чергового лікаря.

Завдання 5

Медсестра, сидячи за столом, заносить паспортні дані хворого в історію хвороби і пропонує хворому встати на ваги для зважування. Чи правильні її дії?

Еталон відповіді: Ні. Медсестра повинна попередньо підготувати ваги для зважування; відрегулювати нульове положення, відвести ваги в крайнє ліве положення, підняти вгору фіксатор, а потім запропонувати хворому зняти взуття і встати на ваги для зважування.

Завдання 6

Дитині 4-х місяців в кабінеті щеплення зробили друге щеплення АКДП вакциною. Раптово дитина стала неспокійною, різко зблідла, з'явилася задишка, висипання на шкірі типу кропив'янки, втратила свідомість. Які дії медичної сестри?

Еталон відповіді: припинити контакт з алергеном; викликати лікаря, покласти дитину на кушетку, нижній кінець підняти, голову повернути на бік; забезпечити доступ свіжого повітря або зволоженого кисню; на ділянку введення вакцини покласти холод; за призначенням лікаря ввести 0,1 % розчин адреналіну в/м і навколо місця введення алергену.

Завдання 7

Медична сестра виміряла температуру дитині одного року *per rectum*, показники термометрії 37,5° С. Після цього вона самотійно ввела дитині жарознижувачий засіб. Чи правильно вона вчинила? Якщо ні, назвіть допущені помилки.

Еталон відповіді: Температура, виміряна у прямій кишці, на 0,5–1°С вище температури у пахвовій западині. У цьому випадку медична сестра припустилася двох помилок: неправильно оцінила результат термометрії, ввела препарат без узгодження з лікарем.

Завдання 8

Під час прийому дитини 10 років лікар звернувся до медичної сестри із проханням підрахувати пульс у дитини. Медична сестра порахувала пульс на правій променевій артерії та назвала цифру, однак лікар був незадоволений і повторив цю процедуру самотійно. Чим був незадоволений лікар?

Еталон відповіді: Пульс вимірюється на обох променевих артеріях, щоб визначити його симетричність.

Завдання 9

Перед виконанням внутрішньом'язової ін'єкції медична сестра двічі обробила ділянку ін'єкції однією ватною кулькою зі спиртом. Якої помилки припустилася медична сестра?

Еталон відповіді: Ділянку ін'єкції необхідно обробляти двічі, але двома різними ватними кульками.

Завдання 10

Медична сестра заповнила направлення, додане до контейнера з сечею для аналізу, де було зазначено прізвище, ім'я, по батькові, адреса, дата. Чи всі необхідні відомості зазначені?

Еталон відповіді: Не вказана мета дослідження, вік дитини.

Правильні відповіді на тести за розділами:

- Розділ 1:** 1-Е, 2-Д, 3-Д, 4-А, 5-С, 6-Д, 7-С, 8-В, 9-А, 10-С, 11-Д, 12-А, 13-А, 14-В, 15-В.
- Розділ 2:** 1-Д, 2-Д, 3-Д, 4-В, 5-А, 6-С, 7-Д, 8-А, 9-А, 10-С, 11-Д, 12-С, 13-А, 14-Д, 15-С.
- Розділ 3:** 1-Б, 2-В, 3-В, 4-Б, 5-Г, 6-В, 7-Б, 8-Б, 9-Г, 10-В, 11-Г, 12-В, 13-В, 14-Б, 15-В.
- Розділ 4:** 1-С, 2-С, 3-В, 4-Е, 5-Д, 6-В, 7-С, 8-В, 9-Д, 10-Д, 11-С, 12-В, 13-Е, 14-Е, 15-В.
- Розділ 5:** 1-Б, 2-Б, 3-Г, 4-В, 5-В, 6-Б, 7-В, 8-А, 9-Б, 10- Б, 11-Г, 12-А, 13-Г, 14-В, 15-Б.
- Розділ 6:** 1-А, 2-В, 3-Д, 4-Д, 5-А, 6-В, 7-Д, 8-В, 9-Е, 10-В, 11-Д, 12-А, 13-Д, 14-Д, 15-Е.
- Розділ 7:** 1-Д, 2-А, 3-Е, 4-Б, 5-Д, 6-В, 7-А, 8-Б, 9-Д, 10-А, 11-Б, 12-Д, 13-Г, 14-Д, 15-А.
- Розділ 8:** 1-Д, 2-А, 3-Б, 4-Г, 5-Д, 6-В, 7-Г, 8-Г, 9-В, 10-Г, 11-Б, 12-Г, 13-Б, 14-В, 15-Б.
- Розділ 9:** 1-В, 2-Д, 3-Д, 4-Д, 5-А, 6-В, 7-Б, 8-В, 9-В, 10-А, 11-Б, 12-Б, 13-В, 14-Г, 15-Б.
- Розділ 10:** 1-Г, 2-Б, 3-Д, 4-Г, 5-А, 6-Д, 7-В, 8-Д, 9-А, 10-В, 11-Е, 12-А, 13-Д, 14-А, 15-Г.

Перелік навичок та маніпуляцій за темами

Розділ 2

1. Оформлення документації на хвору дитину в приймальному відділенні.
2. Санітарно-гігієнічна обробка хворої дитини на санітарному пропускнику лікарні.
3. Огляд дитини на педикульоз.
4. Санітарна обробка дитини з ознаками педикульозу.
5. Огляд дитини на коросту.
6. Санітарна обробка дитини з ознаками корости.
7. Невідкладна долікарська медична допомога у приймальному відділенні.

Розділ 3

8. Ведення документації на сестринському посту дитячого відділення стаціонару.
9. Роздача пероральних ліків хворим дітям різного віку.
10. Зберігання лікарських засобів на посту педіатричного відділення.
11. Інструктаж хворої дитини та її батьків про підготовку до проведення лабораторного обстеження.
12. Термометрія та її реєстрація.
13. Техніка застосування ректальних лікарських засобів.
14. Техніка застосування лікарських засобів зовнішнього використання.
15. Надання інгаляцій.
16. Введення дітям ліків у порожнину носа, рота, кон'юнктивний мішок, у вухо.
17. Техніка постановки компресів, примочок, гірчичників.
18. Постановка клізм, газовивідних трубок дітям різного віку.
19. Проведення оксигенотерапії.
20. Техніка харчування дітей через зонд.
21. Промивання шлунка дітям різного віку.
22. Використання зондового промивання шлунка для дітей.
23. Техніка дуоденального зондування.
24. Катетеризація сечового міхура.
25. Вимірювання дітям частоти дихання, пульсу та артеріального тиску.
26. Санітарно-гігієнічна обробка поста медичної сестри педіатричного відділення.
27. Дезінфекція палат.

Розділ 4

28. Оснащення та дезінфекція окремих зон маніпуляційного кабінету.
29. Техніка виконання дітям внутрішньошкірних ін'єкцій.
30. Техніка виконання дітям підшкірних ін'єкцій.
31. Техніка виконання дітям внутрішньом'язових ін'єкцій.
32. Техніка виконання дітям внутрішньовенних ін'єкцій.
33. Виконання дітям крапельного введення лікарських засобів.
34. Навички використання венозного сканера дітям різного віку.
35. Постановка інсулінової помпи.
36. Ведення документації маніпуляційного кабінету дитячого відділення.

Розділ 5

37. Техніка взяття дітям мазків з порожнини носа та ротоглотки.
38. Збирання харкотиння.
39. Збирання сечі дітям різного віку для проведення загального аналізу, за Нечипоренком, за Зимницьким та бактеріального посіву.
40. Збирання калу для аналізу на виявлення гельмінтів і копрограму та на посів для виявлення патогенної кишкової флори.
41. Проведення експрес-тестування сечі та калу.
42. Техніка взяття шкребка на ентеробіоз.
43. Вміння орієнтовного аналізу результатів аналізів сечі, калу, крові у дітей.
44. Підготовка дітей до проведення загального та біохімічного аналізів крові.
45. Підготовка хворих дітей до проведення рентгенологічного обстеження.
46. Ведення документації медичної сестри у відділенні функціональної діагностики.
47. Підготовка хворих дітей до проведення ФЕГДС та УЗД різних внутрішніх органів.
48. Техніка проведення дітям електрокардіографії.
49. Методика проведення дітям реоенцефалографії та електроенцефалографії.
50. Проведення дезінфекції у відділенні функціональної діагностики.

Розділ 6

51. Оформлення декларації на дитину у дитячій амбулаторії.
52. Сестринський огляд новонародженої дитини у домашніх умовах.

53. Алгоритм забезпечення безпечного сну дітям раннього віку.
54. Сестринський огляд дітей від 1 міс до 3 років у амбулаторних умовах.
55. Вимірювання довжини, маси, обводу голови дітям різного віку.
56. Орієнтовна оцінка фізичного розвитку дитини.
57. Призначення раціону харчування здорової дитини від 0 до 3 років життя.
58. Визначення питного режиму за віком.
59. Оформлення режиму дня здорової дитини різного віку.
60. Ведення облікової документації у дитячій амбулаторії.
61. Визначення плану проведення вакцинації здорової дитини за віком.
62. Техніка введення вакцин АКДП та КПК дітям різного віку.
63. Проведення та оцінка проби Манту.
64. Введення дітям вакцини БЦЖ.
65. Вміння виявляти поствакцинальні реакції та ускладнення і надавати первинну допомогу.

Розділ 7

66. Реєстрація стану здоров'я дітей при зарахуванні до дитячих навчальних закладів (ДНЗ).
67. Вміння виявляти ознаки «текстової шиї» та сколіозу і призначати корекційні заходи.
68. Алгоритм визначення термінів карантину, заразних періодів при дитячих інфекційних хворобах: краснусі, кору, вітряній віспі, скарлатині, кашлюку, дифтерії, паротиту, поліомієліту, вірусному гепатиті А, дизентерії, сальмонельозі.
69. Ведення документації медичного кабінету ДНЗ.
70. Оформлення дитини у табір відпочинку.
71. Укомплектування аптечки для надання медичної допомоги у бомбосховищі.
72. Евакуація та транспортування пораненого з використанням ізотермічної рятувальної ковдри.
73. Вміння організувати командну стратегію порядку надання невідкладних дій медичної допомоги.
74. Невідкладні дії на догоспітальному етапі дітям з вибуховими пораненнями за правилом «трикутника першої допомоги» .
75. Базові реанімаційні заходи при СЛР дітям.
76. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при гострій дихальній недостатності.

77. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при гострій серцево-судинній недостатності.
78. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при гіпер- та гіпоглікемічних комах, тиреотоксичному кризі та гострій наднирковій недостатності.
79. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при сонячному/тепловому ударі
80. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при опіках різного походження.
81. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при травмах кінцівок.
82. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при травмах голови.
83. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при укусах тварин, комах, кліщів.
84. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при гострому отруєнні невідомими та відомими речовинами.
85. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при переохолодженні та відмороженні.
86. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при пошкодженні очей.
87. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при утопленні.
88. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при анафілаксії.
89. Надання першої невідкладної медичної допомоги дітям при абдомінальному болю.

Розділ 8

90. Визначення фізіологічних потреб у харчових речовинах та енергії у раціоні дітей за віком.
91. Визначення режиму харчування у відділеннях дитячого стаціонару.
92. Ведення документації дієтсестри дитячої лікарні та ДНЗ.
93. Алгоритм перевірки якості їжі на кухні харчоблоку дитячого стаціонару.
94. Визначення режиму харчування у ДНЗ за віком дітей.
95. Основи складання 2-тижневого меню у ДНЗ.

96. Алгоритм санітарно-гігієнічних вимог до функціонування харчоблоку ДНЗ.
97. Навички виконання санітарно-гігієнічних вимог для транспортування продуктів харчування у ДНЗ.

Розділ 9

98. Навички медичної сестри до використання МКФ для визначення ступеня обмеження функціонування дитини, що підлягає реабілітаційному лікуванню.
99. Визначення пошкоджень структур організму дитини, що підлягає реабілітаційному лікуванню.
100. Визначення пошкоджень функцій організму дитини, що підлягає реабілітаційному лікуванню.
101. Визначення порушень діяльності дитини, що підлягає реабілітаційному лікуванню.
102. Визначення змін соціальної участі дитини, що підлягає реабілітаційному лікуванню.
103. Визначення впливу факторів середовища у дитини, що підлягає реабілітаційному лікуванню.
104. Визначення впливу особистісних факторів у дитини, що підлягає реабілітаційному лікуванню.
105. Вміння встановлення реабілітаційної мети у дитини із затримкою мовного розвитку.
106. Вміння встановлення реабілітаційної мети у дитини із переломом правої плечової кістки.
107. Вміння медичної сестри працювати у складі мультидисциплінарної реабілітаційної педіатричної команди.

Розділ 10

108. Оформлення дитини у медичний заклад для проведення санаторно-курортного лікування.
109. Ведення документації медичної сестри у дитячому санаторії.
110. Алгоритм застосування методів фізіотерапії за віком.
111. Проведення медичною сестрою інструктажу дитині для попередження можливих відчуттів хворого.
112. Техніка безпеки дитини при наданні лікування у фізіотерапевтичному відділенні.
113. Техніка безпеки медичного персоналу при роботі у фізіотерапевтичному відділенні.

ДОДАТКИ

До розділу 5

Форма №224/о. Клінічний аналіз крові

**Основний медичний документ, який заповнюється
в лабораторії після дослідження крові в об'ємі
обстеження «Загальний аналіз крові».**

		Код форми за ЗКУД	_ _ _ _ _ _ _
		Код закладу за ЗКПО	_ _ _ _ _ _ _
Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 224/о Затверджена наказом МОЗ України 04.01.2001 № 1		
Найменування закладу			
Лабораторія			
КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ № ____ « ____ » _____ (дата взяття біоматеріалу) 20__ р.			
Прізвище, І., П.		Вік	
Заклад		Відділення	
Медична карта № _____			
Клінічний діагноз (профогляд):			
Найменування показників		Результат	Норма (в одиницях СІ)
Гемоглобін	ч		130,0-160,0 г/л
	ж		120,0-140,0 г/л
Еритроцити	ч		4,0-5,0 Т/л
	ж		3,9-4,7 Т/л
Кольоровий показник			0,85-1,15
Ретикулоцити			0,2-1,0 %
Тромбоцити			180,0-320,0 Г/л
Лейкоцити			4,0-9,0 Г/л
Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ)	ч		1-10 мм/год за Панченковим
	ж		2-15 мм/год за Панченковим

С спеціалізована сестринська практика в педіатрії

Нейтрофіли	Мієлоцити		-
	Метамієлоцити		-
	Паличкоядерні		1,0-6,0 %
	Сегментоядерні		47,0-72,0 %
Еозинофіли			0,5-5,0 %
Базофіли			0-1,0 %
Лімфоцити			19,0-37,0 %
Моноцити			3,0-11,0 %
Плазматичні клітини			
<p>Морфологія лейкоцитів: гіперсегментація ядер токсигенна зернистість</p> <p>Морфологія еритроцитів: Дегенеративні зміни: анізоцитоз пойкілоцитоз анізохромія</p> <p>Ознаки регенерації еритропоезу: нормальної патологічної</p> <p>Висновок:</p>			
« ___ » _____ 20__ р. <small>(дата видачі аналізу)</small>		Прізвище, І. П. _____ <small>(підпис)</small>	

Приклади:

Звіт про аналіз аналізатора

Код: 3

Час: 09-09-2022 08:36

WBC 4.2 x 10⁹/L

Lymph# 1.7 x 10⁹/L

Mid# 0.3 x 10⁹/L

Gran# 2.2 x 10⁹/L

Lymph% 40.5 % Н

Звіт про аналіз аналізатора

Код: 1

Час: 09-09-2022 20:48

WBC 8.4 x 10⁹/L

Lymph# 6.5 x 10⁹/L Н

Mid# 0.5 x 10⁹/L

Gran# 1.4 x 10⁹/L Л

Lymph% 76.8 % Н

Mid%	6.4 %		Mid%	6.3 %	
Gran%	53.1 %		Gran%	16.9 %	L
HGB	121 g/L		HGB	131 g/L	
RBC	4.01 x 10 ¹² /L		RBC	3.29 x 10 ¹² /L	L
HCT	36.9 %	L	HCT	35.7 %	L
MCV	92.2 fL		MCV	108.7 fL	H
MCH	30.1 pg		MCH	39.8 pg	H
MCHC	327 g/L		MCHC	366 g/L	H
RDW-CV	12.5 %		RDW-CV	15.1 %	
RDW-SD	43.1 fL		RDW-SD	61.1 fL	H
PLT	271 x 10 ⁹ /L		PLT	254 x 10 ⁹ /L	
MPV	8.0 fL		MPV	8.0 fL	
PDW	16.5				
PCT	0.216 %				

Результат ЗАК проведеного на автоматичному аналізаторі:

WBC – кількість лейкоцитів в 1 л.

RBC – кількість еритроцитів в 1 л.

PLT – кількість тромбоцитів в 1 л.

HGB – кількість гемоглобіну в 1 л.

HCT – кількість гематокриту.

Форма № 202/о.

Базові показники біохімічного аналізу крові

Загальний білок _____	Фосфор неорганічний _____
Білкові фракції _____	АлАТ _____
Фібриноген _____	АсАТ _____
Альбумін _____	Лактат дегідрогеназа (ЛДГ) _____
Сечовина (азот сечовини) _____	Фосфатаза лужна _____
Сечова кислота _____	Фосфатаза кисла _____
Креатинін _____	Холінестераза _____
Білірубін, фракції _____	Альфа-амілаза _____
Холестерин _____	Глюкоза натщесерце _____
Тригліцериди _____	Проби:
Хлор _____	Тимолова _____
Калій _____	Сіалові кислоти _____
Натрій _____	Сіркомуюїд _____
Кальцій _____	Інші (вписати) _____
Залізо _____	_____
Мідь _____	_____

ПІБ. лікаря

Форма №45-б.
Загальний аналіз сечі:

Міністерство охорони здоров'я України _____ найменування закладу, який проводив аналіз ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ _____ Гр. _____ До установи _____ Корпус, відділення _____ для лікаря _____ Доставлена кількість _____ Колір _____ Реакція _____ Пит. вага _____ Прозорість _____ Білок _____ Альбумоза _____ Цукор _____ Ацетон _____ Ацетонооцтова к-та _____ Жовчні пігменти _____ Уробілін _____ Индикан _____ Діазореакція _____ Випадкові домішки _____ _____ _____ Осад _____	Мікроскопія осаду 1. Епітеліальні клітини _____ Плоскі _____ Поліморфні _____ 2. Лейкоцити _____ 3. Еритроцити _____ 4. Циліндри _____ Гіалінові _____ Зернисті _____ 5. Клітки ниркового епітелію _____ 6. Солі _____ 7. Слини _____ 8. Бактерії _____ _____ _____ Аналіз проводив _____ « ____ » _____ 20 ____ р.
--	---

Лабораторія
6-ої дитячої лікарні
Дата « ____ » _____ 20 ____ р.

Дослідження № _____
Сечі за Нечипоренко

Гр. _____
 Відділення _____
 Лейкоцити _____ /1 мл
 Еритроцити _____ /1 мл
 Циліндри _____ /1 мл

Зав.лабораторією

При дослідженні сечі за Зимницьким її збирають кожні 3 години: 9.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00, 24.00, 3.00, 6.00. В кожній порції визначають щільність сечі і її кількість.

Форма №2.1.1.4.
Аналіз сечі за Зимницьким №_____
 «____» _____ 20__ р.

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Вік _____

Заклад _____ відділення _____

Домашній адрес _____

Кількість випитої рідини _____

Номер порції	Години	Відносна щільність	Кількість сечі в л
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Денний діурез _____ л

Нічний діурез _____ л

Загальний діурез _____ л

«____» _____ 20__ р. Підпис _____

Форма №220/У.
Аналіз калу №_____
Яйця гельмінтів, прихована кров, стеркобілін, білірубін

«____» _____ 20__ р. ____ г. ____ хв.
 (дата взяття біоматеріалу)

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Вік _____

Заклад _____ відділення _____ палата _____

Район _____ медична карта _____

Яйця гельмінтів _____

Найпростіші _____

Реакція на приховану кров _____

Реакція на стеркобілін _____

Реакція на білірубін _____

« ____ » _____ 20__р.

(дата видачі аналіза)

Підпис _____

Форма №2.1.9 Копрологічне дослідження

Для більш детального дослідження калу при тривалих хронічних хворобах шлунково-кишкового тракту проводять копрологічне дослідження калу для виявлення в ньому неперетравлених компонентів їжі – мускульних волокон, крохмалю, сполучної тканини, жирних кислот. Це дослідження називають копрограмою.

**Форма №2.1.9.
Копрологічне дослідження № ____**_____
Назва закладу,
який виробив аналіз

ПІБ _____

В закладі _____

Корпус, відділення _____ для лікаря_

1. Мікроскопічне дослідження

Форма	Наявність слини
Консистенція	Наявність гною
Колір	Реакція на кров
Запах	

2. Хімічне дослідження
Реакція Трибуле
 1. З оцтовою кислотою
 2. З трихлороцтовою кислотою
 3. Р. на стеркобілін
 4. Р. на білірубін

3. Мікроскопічне дослідження

Сполучна тканина _____
М'язові волокна _____
Нейтральний жир _____
Жирні кислоти _____
Миля _____
Неперетравна клітковина _____
Перетравна _____
Крохмаль _____
Йодоф. бактерії _____
Слиз _____
Лейкоцити _____
Еритроцити _____
Епітелій _____
Найпростіші _____
Яйця глистів _____
Аналіз виробництва _____

_____ «__» _____ 20__ р.

До розділу 7

**Перелік лікарських засобів
та виробів медичного призначення
у медичному кабінеті дошкільного
навчального закладу для надання
невідкладної медичної допомоги:**

Назва лікарських засобів та медичних виробів	Кількість
1. Адреналін 0,1 % – 1 мл	3 амп.
2. Преднізолон 1,0	3 амп.
3. Супрастин 0,25	20 табл.
4. Еуфілін 24 % – 1 мл	3 амп.
5. Коргліккон 0,06 % – 1 мл	2 амп.
6. Сальбутамол – спрей	1 фл.
7. Магнія сульфат 25 % – 10 мл	2 амп.
8. Регідрон	5 шт.
9. Парацетамол	10 табл.
10. Активоване вугілля	20 табл.
11. Гемостатична губка	2 туб.
12. Бинт стерильний	6 шт.
13. Розчин брильянтової зелені	1 фл.
14. Розчин йоду	1 фл.
15. Вата стерильна	0,5 кг
16. Нашатирний спирт	1 фл.
17. Етиловий спирт 96 %	50 мл.
18. Зонд для промивання шлунка	1 шт.
19. Одноразові шприци 2,0	10 шт.
20. Одноразові шприци 10,0	10 шт.

**Примірний перелік медичних виробів,
лікарських засобів та інших матеріалів,
які повинні бути у складі медичної укладки
для надання медичної допомоги у медичному пункті
закладів загальної середньої освіти**

№	Найменування	Одини- ця виміру	Кількість
1.	Рукавички оглядові нітрилові нестерильні (різних розмірів)	пара	10
2.	Шприц ін'єкційний одноразового використання 2 мл з голкою	шт.	5
3.	Шприц ін'єкційний одноразового використання 5 мл з голкою	шт.	5
4.	Шприц ін'єкційний одноразового використання 20 мл з голкою	шт.	5
5.	Катетер внутрішньовенний різних розмірів (16G-22G)	шт.	2 кожного розміру
6.	Джгут венозний	шт.	1
7.	Маска-клапан для штучної вентиляції легень	шт.	2
8.	Механічний виріб для зупинки кровотечі (турнікет типу CAT або типу SWAT)	шт.	2
9.	Серветка спиртова	шт.	20
10.	Система для переливання інфузійних розчинів	шт.	2
11.	Пластир для фіксації катетера внутрішньовенного	шт.	3
12.	Лейкопластир на нетканій основі завдовжки 3–5 м, завширшки 2–3 см	шт.	1
13.	Sodium chloride (натрію хлорид) розчин для інфузій 9 мг/мл, 400 мл або 500 мл в полімерних контейнерах (пакетах) або полімерних флаконах (пляшках)	шт.	2
14.	Salbutamol (сальбутамол), інгаляція під тиском, або Аерозоль для інгаляцій, дозований, 100 мкг/доза по 200 доз у контейнерах або у балонах	шт.	1
15.	Glucose (глюкоза), розчин для ін'єкцій 0,4 г/мл по 10 мл або по 20 мл в ампулах	амп.	5

С спеціалізована сестринська практика в педіатрії

16.	Diphenhydramine (дифенгідрамін), розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл в ампулах	амп.	10
17.	Epinephrine (епінефрин), розчин для ін'єкцій, 1,8 мг/мл або 1,82 мг/мл, або 1,0 мг/мл по 1 мл в ампулах	амп.	10
18.	Chlorhexidine (хлоргексидину біглюконат), розчин для зовнішнього застосування 0,05 % по по 50 мл або 100 мл або по 200 мл у флаконах, контейнерах	шт.	1
19.	Povidone-iodine (повідон-йоду), розчин для зовнішнього застосування(нашкірний) 100 мг/мл (10 %), по 30 мл або по 50 мл або по 100 мл у флаконах	шт.	1
20.	Шина на кінцівку для надання першої допомоги	шт.	2
21.	Бинт еластичний нестерильний, завширшки 8–15 см, завдовжки 2–3 метри	шт.	2
22.	Лейкопластир гіпоалергенний, завширшки не менше 2,5 см, завдовжки від 5 м	шт.	1
23.	Лейкопластир бактерицидний розміром не менше 1,9 x7,0 см	шт.	20
24.	Серветка марлева стерильна розміром не менше 10x15 см	шт.	10
25.	Бинт марлевий нестерильний завширшки не менше 10 см, завдовжки від 5 м	шт.	5
26.	Дезинфекційний засіб для обробки рук і шкіри 100 мл	шт.	1
27.	Футляр або сумка-укладка (саквояж) для зберігання, транспортування медичних виробів	шт.	1
28.	Термометр (для вимірювання температури тіла), в тому числі цифровий або інфрачервоний	шт.	2
29.	Тонometr з малими, середніми і великими манжетами	шт.	1
30.	Пульсоксиметр портативний	шт.	1
31.	Ножиці медичні тактичні	шт.	1
32.	Пінцет анатомічний	шт.	1
33.	Стетофонендоскоп	шт.	1

**Перелік лікарських засобів, виробів
медичного призначення і обладнання, обов'язкових
для дитячих закладів оздоровлення та відпочинку**

Лікарські засоби та вироби медичного призначення з розрахунку на 100 дітей у зміну		
№ п/п	Назва	Кількість
1	Маски лицьові	
2	Рукавички гумові хірургічні	10 пар
3	Шприци одноразові з голками 2,0 5,0 10,0	20 шт 20 шт. 10 шт.
4	Гемостатична губка	1 шт, або 3 шт.
5	Катетер внутрішньовенний G20, G22, G24, G26	По 2 шт
6	Набір для катетеризації периферичних вен	2 шт
7	Реактивні смужки для визначення ацетону сечі	5 шт.
8	Шпатель дерев'яні (пластмасові) одноразові	100 шт.
9	Піпетки	5 шт.
10	Мензурки градуйовані	10 шт.
11	Бинти стерильні 5 на 7 5 на 10 7 на 14	20 шт. 10 шт. 10 шт.
12	Бинти нестерильні 5 на 7 5 на 10 7 на 14	20 шт. 10 шт. 10 шт.
13	Бинти еластичні	10 шт.
14	Наколінники еластичні	10 шт.
15	Пакети перев'язувальні медичні з 1 подушкою	10 шт.
16	Салфетки стерильні в індивідуальній упаковці по 2 шт 10 на 10	1 шт.
17	Марля	10 метрів
18	Вата гігроскопічна хірургічна	1 кг.
19	Вата біла побутова	500,0

С спеціалізована сестринська практика в педіатрії

20	Лейкопластир катушка	2 шт.
21	Бактерицидний пластир	50 шт.
22	Вода для ін'єкцій 5,0 №10	1 уп.
	ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ	
1	Мазь Вишневського	200, 0
2	Хлорамфенікол мазь	1 фл.
3	Солкосеріл желе	1 туба
4	Декспантенол аерозоль	1 фл.
5	Диклофенак натрія гель 1 %	1 туба
6	Парацетамол таблетки 0,2№ 10	3 уп.
7	Парацетамол таблетки 0,5 №10	3 уп.
8	Ібупрофен таблетки 0,2	2 уп.
9	Аскорбінова кислота драже 0,05	1 уп.
10	Аскорбінова кислота розчин для ін'єкцій 5 % 0,2	3 амп.
11	Цетиризин 0,01 №20	1 уп.
12	Хлорпірамін таблетки №20	2 уп.
13	Хлорпірамін 2 % ампули №5	1 уп.
14	Гідрокортизону ацетат 2,5 % суспензія для ін'єкцій 2,0	10 амп.
15	Сальбутамол аерозоль для інгаляцій	1 фл.
16	Бендазол +папаверин №10	2 уп.
17	Дротаверин таблетки №10	2 уп.
18	Дротаверин 2 %-2 мл ампули №5	2 уп.
19	Аміодарон таблетки №10	1 уп.
20	Амброксол таблетки №20	2 уп.
21	Декаметоксин таблетки №10	3 уп.
22	Фурацилін таблетки №10	3 уп.
23	Сульфацил натрію 20 % -5 мл. очні краплі	2фл.
24	Тетрациклінова мазь 1 %	1 туба
25	Нафтизін краплі назальні 0,05 %	5 фл.
26	Фурасемід 1 % 2,0	3 амп.
27	Валеріани настойка	1 фл.
28	М'яти перцевої настойка	2фл.
29	Камфорна олія 10 %	1 фл.

30	Ніфуроксазид таблетки 0,3 №10	2уп.
31	Активоване вугілля №10	5 уп.
32	Гідрогель метилкремніевої кислоти, ентеросорбент	2 уп.
33	Діоктаектричний смектид (Порошок для приготування суспензії для перорального застосування по 3,0 в пакетиках №3	30 шт.
34	Розчин йоду спиртовий 5 %	2 фл.
35	Розчин брильянтової зелені 2 %	2 фл.
36	Перекис водню 3 %	1 фл.
37	Розчин аміака 10 %	1фл.
38	Спирт етиловий 70 %	1 фл.
39	Ізотонічний розчин натрію хлориду 0,9 % 500 мл	2 фл.
40	Ізотонічний розчин натрію хлориду 0,9 % в ампулах	2 уп.
41	Глюкоза 5 % 500,0	1 уп.
42	Глюкоза 20 % 10,0	6 амп.
43	Глюкоза 40 %	5 амп.
44	Калію перманганат (кристали)	1 фл/10,0
45	Натрію гідрокарбонат	1 уп./100,0
Перелік ліків для надання медичної допомоги при невідкладних станах на дошпитальному етапі		
1	Атропін розчин для ін'єкцій 0,1 % ампули	2 амп.
2	Адреналіну гідрохлорид розчин для ін'єкцій 0,1 % амп.	5 амн.
3	Кардіамін розчин для ін'єкцій 25 % амп.	5 амп.
4	Анальгін розчин для ін'єкцій 50 % 1,0 амп.	10 амп.
5	Еуфілін, розчин для ін'єкцій 2,4 % апм.	5 амп.
6	Преднізолон 40 мг. 1,0	1 амп.
7	Кофеїн бензоат натрію розчин для ін'єкції 10 % -1,0	5 амп.
8	Папаверин розчин для ін'єкцій 2 %-2,0	10 амп.
9	Дібазол розчин для ін'єкцій 1 % – 5,0	5 амп.
10	Гідрокортизону ацетат, суспензія для ін'єкцій 2,5 % -2,0	10 амп.
11	Магнію сульфат розчин для ін'єкцій 25 % – 10,0	5 амп.
12	Димедрол розчин для ін'єкцій 1 %- 1,0	10 амп.
13	Новокаїн розчин для ін'єкцій 0,5 % -5,0	10 амп.
	Інше	

С спеціалізована сестринська практика в педіатрії

1	Ватні палички 200	2 уп.
2	Хлорамін. Або інші дезінфікуючі засоби 500,0	1 пачка
3	Хлорне вапно, або інші дезінфікуючі засоби	5 кг.
4	Медичний клей БФ-6	1 фл.
5	Вазелін	1 уп.
7	Рідке мило з дозатором	
8	Одноразові паперові рушники	
Перелік обладнання, виробів медичного та загального призначення, обов'язкового для медичних пунктів дитячих оздоровчих таборів		
1	Шафа медична аптечна	1 шт
2	Шафа для зберігання медичних препаратів	1 шт
3	Шафа платяна	1шт
4	Шафа канцелярська	1шт
5	Холодильник для медикаментів	1шт
6	Стіл письмовий	1шт
7	Стільці	1-2 шт
8	Ширма	1 шт
9	Кушетка	1шт
10	Клейонка підкладна	5 метрів
11	Лампа настільна	1шт
12	Ваги медичні	1шт
13	Ростомір	1 шт
14	Спірометр	1шт
15	Динамометр ручний	1 шт
16	Сантиметрова стрічка	1шт
17	Секундомір	1шт
18	Апарат для вимірювання АТ	1шт
19	Фонендоскоп	1шт
20	Сумка – холодильник	1 шт
21	Термометр медичний	5 шт
22	Термометри для вимірювання температури повітря	2 шт
23	Пробірки стерильні для взяття мазка із зіву	5 шт
24	Ножиці звичайні	2 шт

25	Очні скляні палички	5 шт
26	Грілки гумові	2 шт
27	Міхур для льоду	2 шт
28	Джгут гумовий	2 шт
29	Зонд шлунковий з лійкою	1шт
30	Кухоль Есмарха	1 шт
31	Наконечники для кухля Есмарха	5 шт
32	Газовідвідна трубка	1шт
33	Система для інфузій	5 шт
34	Скальпель	2шт
35	Пінцет анатомічний	2 шт
36	Пінцет хірургічний	1 шт
37	Затискач Пеана	2 шт
38	Язикотримач	1 шт
39	Роторозширювач	1шт
40	Бікс	1 шт
41	Лоток ниркоподібний	3шт
42	Голки хірургічні атравматичні	10 шт
43	Шини імобілізаційні фанерні (різних розмірів)	Комплект
44	Шини Крамера	2 шт
45	Медична сумка 0	1 шт
46	Подушка киснева	1 шт
47	Апарат дихальний ручний (мішок Амбу)	1 шт
48	Ножний аспіратор з набором катетерів	1 шт
49	Ноші	1шт
50	Таз емальований	2 шт
51	Умивальник	1шт
52	Відро з педальною кришкою	1 шт
53	Килимок 1 на 1,5 метра	1шт
54	Протипедикульозна укладка	1 шт

Вимоги щодо утримання та експлуатації захисних споруд цивільного захисту (пункт 6 глави 1 розділу VII) (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0879-18#n777>).

**Перелік лікарських засобів та медичних виробів
для укомплектування запасів медичного майна
у захисних спорудах**

№ з/п	Назва майна	Одиниця виміру	Кількість
1	2	3	4
АПТЕЧКА КОЛЕКТИВНА – ОПИС № 1 (орієнтовний перелік на 100–150 осіб)			
Лікарські засоби			
1	Аміак, 10 % розчин, 100 мл	фл.	1
2	Метамізол натрію, табл. по 0,5 г № 10	уп.	3
3	Каптоприл, табл. по 25 мг № 10	уп.	2
4	Дротаверин, табл. по 40 мг № 10	уп.	1
5	Ацетамінофен (парацетамол), табл. по 0,5 г № 12 (10)	уп.	2
6	Лоперамід, табл. по 2 мг № 10	уп.	3
7	Вугілля активоване, табл. по 0,25 г № 10	уп.	10
8	Кислота ацетилсаліцилова, табл. по 0,5 г № 10	уп.	1
9	Хлоргексидин, 0,05 % розчин, 100 мл	фл.	1
10	Настойка валеріани, 25 (30) мл	фл.	1
11	Нітрогліцерин, табл. по 0,5 мг № 40	уп.	1
12	Повідон-йоду, 10 % розчин, 100 мл	фл.	1
13	Сульфацил натрію, 30 % розчин, 10 мл	фл.	2
Перев'язувальні засоби			
1	Серветки марлеві стерильні 16 см x 14 см № 5	шт.	20
2	Бинт марлевий медичний стерильний 5 м x 10 см	шт.	3
3	Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний	шт.	2
4	Лейкопластир котушковий 2 см x 5 м	шт.	1
5	Бинт еластичний медичний 10 см x 2 м	шт.	1
6	Косинка медична перев'язувальна	шт.	2

Медичні вироби

1	Джгут кровоспинний	шт.	1
2	Склянка для прийому ліків	шт.	1
3	Термометр медичний безртутний	шт.	2
4	Термоковдра	шт.	2
5	Рукавички одноразові медичні оглядові нестерильні нітрилові	шт.	10

АПТЕЧКА КОЛЕКТИВНА – ОПИС № 2
(приблизний перелік на 400 – 600 осіб)

Лікарські засоби

1	Аміак, 10 % розчин, 100 мл	фл.	1
2	Метамізол натрію, табл. по 0,5 г № 10	уп.	5
3	Присипка дитяча, 50 г	уп.	2
4	Повідон-йоду, 10 % розчин, 100 мл	фл.	2
5	Вугілля активоване, табл. по 0,25 г № 10	уп.	20
6	Кислота ацетилсаліцилова, табл. по 0,5 г № 10	уп.	4
7	Хлоргексидин, 0,05 %, розчин 100 мл	фл.	4
8	Настойка валеріани, 25 (30) мл	фл.	4
9	Нафазоліну нітрату 0,05 % розчин, 10 мл	фл.	2
10	Нітрогліцерин, табл. по 0,5 мг № 40	уп.	2
11	Сульфацил натрію, 30 % розчин, 10 мл	фл.	5
12	Каптоприл, табл. по 25 мг № 10	уп.	5
13	Дротаверин, табл. по 40 мг № 10	уп.	5
14	Ацетамінофен (парацетамол), табл. по 0,5 г № 12 (10)	уп.	5
15	Лоперамід, табл. по 2 мг № 10	уп.	6

Перев'язувальні засоби

1	Серветки марлеві стерильні 16 см x 14 см № 5	шт.	40
2	Бинт марлевий медичний стерильний 5 м x 10 см	шт.	10
3	Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний	шт.	5

4	Лейкопластир котушковий 2 см х 5 м	шт.	3
5	Бинт еластичний медичний 10 см х 2 м	шт.	5
6	Косинка медична перев'язувальна	шт.	5

Медичні вироби

1	Джгут кровоспинний	шт.	4
2	Ножиці хірургічні прямі	шт.	2
3	Склянка для прийому ліків	шт.	4
4	Термометр медичний безртутний	шт.	10
5	Термоковдра	шт.	4
6	Рукавички одноразові медичні оглядові нестерильні нітрилові	шт.	20
7	Шина іммобілізаційна гнучка для верхніх кінцівок	шт.	2
8	Шина іммобілізаційна гнучка для нижніх кінцівок	шт.	2
9	Серветки марлеві стерильні 16 см х 14 см № 5	шт.	40
10	Бинт марлевий медичний стерильний 5 м х 10 см	шт.	10
11	Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний	шт.	5
12	Лейкопластир котушковий 2 см х 5 м	шт.	5
13	Бинт еластичний медичний 10 см х 2 м	шт.	5
14	Косинка медична перев'язувальна	шт.	5

УКЛАДКА ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРА**Лікарські засоби**

1	Атропіну сульфат, 0,1 % розчин по 1 мл	амп.	20
2	Глюкоза, 40 % розчин для ін'єкцій по 20 мл	амп.	10
3	Розчин глюкози 5 %, 500 мл	пластикове пакування	10
4	Дифенгідрамін, табл. по 0,05 г № 10	уп.	2
5	Дротаверин, табл. по 40 мг № 30	уп.	5
6	Епінефрин, 1,8 мг/мл по 1 мл в ампулах	амп.	20

7	Магнію сульфат, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл, 5 мл в ампулах	амп.	10
8	Дексаметазон, розчин для ін'єкцій по 1 мл (4 мг) в ампулах	амп.	20
9	Каптоприл, табл. по 25 мг № 10	уп.	5
10	Фуросемід, 10 мг/мл по 2 мл в ампулах	амп.	5
11	Ацетамінофен (парацетамол), табл. по 0,5 г № 12 (10)	уп.	5
12	Спирт етиловий, 96 %, 100 мл	фл.	2
13	Ципрофлоксацин, табл., вкриті оболонкою, по 0,5 г № 10	уп.	5
14	Хлорамфенікол, табл., вкриті оболонкою, по 0,5 г № 10	уп.	5
15	Лоперамід, табл. по 2 мг № 10	уп.	6
16	Аміак, 10 % розчин, 100 мл	фл.	1
17	Метамізол натрію, табл. по 0,5 г № 10	уп.	5
18	Вугілля активоване, табл. по 0,25 г № 10	уп.	20
19	Кислота ацетилсаліцилова, табл. по 0,5 г № 10	уп.	4
20	Настойка валеріани, 25 (30) мл	фл.	4
21	Нафазоліну нітрату 0,05 % розчин, 10 мл	фл.	2
22	Нітрогліцерин, табл. по 0,5 мг № 40	уп.	2
23	Сульфацил натрію, 30 % розчин, 10 мл	фл.	2
24	Аміодарон, по 3 мл в ампулах	амп.	20

Дезінфікуючі засоби

1	Стериліум	л	5
2	Хлоргексидин, 0,05 % розчин, 100 мл	фл.	2
3	Повідон-йоду, 10 % розчин, 100 мл	фл.	2

Медичні вироби

1	Дихальний мішок типу АМБУ	шт.	1
2	Повітропровід ротовий № 2, 3, 4	шт.	По 1 кожного розміру
3	Інгалятор кисневий	шт.	1

4	Катетери уретральні типу Фолея або Нелатона	к-т	1
5	Сечоприймач універсальний	шт.	3
6	Ножиці хірургічні прямі	шт.	1
7	Пристрій манометричний мембранний ПММ	шт.	1
8	Пінцет анатомічний загального призначення	шт.	1
9	Пінцет хірургічний	шт.	1
10	Рукавички оглядові нітрилові нестерильні № 100	уп.	1
11	Скальпель хірургічний одноразовий № 11	шт.	2
12	Стетофонендоскоп	шт.	1
13	Судно підкладне	шт.	1
14	Шпатель для язика одноразовий	шт.	100
15	Шприц одноразовий 2 мл (на 100 осіб)	шт.	10
16	Шприц одноразовий 5 мл (на 100 осіб)	шт.	5
17	Шприц одноразовий 10 мл (на 100 осіб)	шт.	5
18	Катетер внутрішньовенний, розмір 16-22 G	шт.	По 1 кожного розміру
19	Термоковдра	шт.	2
20	Серветки марлеві стерильні 16 см x 14 см № 5	шт.	20
21	Бинт марлевий медичний стерильний 5 м x 10 см	шт.	3
22	Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний	шт.	2
23	Лейкопластир котушковий 2 см x 5 м	шт.	1
24	Бинт еластичний медичний 10 см x 2 м	шт.	2
25	Косинка медична перев'язувальна	шт.	2
26	Система для внутрішньовенних інфузій	шт.	10
Санітарно-господарське майно			
1	Клейонка підкладна (плівка поліетиленова)	м2	2
2	Ківш емальований для води	шт.	1

3	Кушетка медична	шт.	1
4	Мило туалетне рідке	шт.	1
5	Рушник	шт.	2
6	Халат медичний	шт.	2

УКЛАДКА ДЛЯ ЛІКАРЯ

Лікарські засоби

1	Атропіну сульфат, 0,1 % розчин по 1 мл в ампулах	амп.	10
2	Глюкоза, 40 % розчин для ін'єкцій по 20 мл в ампулах	амп.	10
3	Глюкоза, 5 % розчин, 500 мл	пластикове пакування	10
4	Дифенгідрамін, табл. по 0,05 г № 10	уп.	2
5	Дротаверин, табл. по 40 мг № 30	уп.	5
6	Епінефрин, 1,8 мг/мл по 1 мл в ампулах	амп.	20
7	Магнію сульфат, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл, 5 мл в ампулах	амп.	10
8	Дексаметазон, розчин для ін'єкцій по 1 мл (4 мг) в ампулах	амп.	20
9	Каптоприл, табл. по 25 мг № 10	уп.	5
10	Фуросемід, 10 мг/мл по 2 мл в ампулах	амп.	5
11	Ацетамінофен (парацетамол), табл. по 0,5 г № 12 (10)	уп.	5
12	Спирт етиловий, 96 %, 100 мл	фл.	2
13	Ципрофлоксацин, табл., вкриті оболонкою, по 0,5 г № 10	уп.	5
14	Хлорамфенікол, табл., вкриті оболонкою, по 0,5 г № 10	уп.	5
15	Лоперамід, табл. по 2 мг № 10	уп.	6
16	Аміак, 10 % розчин, 100 мл	фл.	1
17	Метамізол натрію, табл. по 0,5 г № 10	уп.	5
18	Вугілля активоване, табл. по 0,25 г № 10	уп.	20
19	Кислота ацетилсаліцилова, табл. по 0,5 г № 10	уп.	4
20	Настойка валеріани, 25 (30) мл	фл.	4

21	Нафазоліну нітрату 0,05 % розчин, 10 мл	фл.	2
22	Нітрогліцерин, табл. по 0,5 мг № 40	уп.	2
23	Сульфацил натрію, 30 % розчин, 10 мл	фл.	2
24	Каптоприл, табл. по 25 мг № 10	уп.	5
25	Метопролол, табл. по 50 мг. № 10	уп.	3
26	Верапаміл, розчин для ін'єкцій, 2,5 мг/мл по 2 мл в ампулах	амп.	10
27	Аміодарон, табл. по 0,2 г № 10	уп.	5
28	Ондасетрон, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл по 2 мл	амп.	5
29	Метоклопрамід, табл. по 0,01 г № 10	уп.	2
30	Омепразол, капсули по 20 мг № 10	уп.	5
31	Сальбутамол, аерозоль для інгаляцій, дозований, 100 мкг/дозу по 200 доз у балонах	уп.	1
32	Аміодарон, розчин по 3 мл в ампулах	амп.	20
33	Натрію хлорид, 0,9 % розчин, 500 мл	пластикове пакування	10

Дезінфікуючі засоби

1	Стериліум	л	5
2	Хлоргексидин, розчин 0,05 % 100 мл	фл.	2
3	Повідон-йоду, 10 % розчин, 100 мл	фл.	2

Медичні вироби

1	Дихальний мішок типу АМБУ	шт.	1
2	Автоматичний зовнішній дефібрилятор	шт.	1
3	Аспіратор ручний	шт.	1
4	Інгалятор кисневий	шт.	1
5	Повітропровід ротовий № 2, 3, 4	шт.	По 1 кожного розміру
6	Пристрій манометричний мембранний ПММ	шт.	1
7	Рукавички оглядові нестерильні нітрилові (розмір L) № 100	уп.	1
8	Сечоприймач універсальний	шт.	3

9	Стетофонендоскоп	шт.	1
10	Столик інструментальний	шт.	1
11	Судно підкладне емальоване	шт.	2
12	Таз ниркоподібний	шт.	2
13	Набір для конікотомії	к-т	1
14	Шпатель одноразовий	шт.	100
15	Шприц одноразовий 2 мл (на 100 осіб)	шт.	20
16	Шприц одноразовий 5 мл (на 100 осіб)	шт.	10
17	Шприц одноразовий 10 мл (на 100 осіб)	шт.	10
18	Система для внутрішньовенних інфузій	шт.	10
19	Катетер внутрішньовенний, розмір 16-22 G	шт.	По 2 кожного розміру
20	Серветки марлеві стерильні 16 см x 14 см № 5	шт.	20
21	Бинт марлевий медичний стерильний 5 м x 10 см	шт.	5
22	Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний	шт.	2
23	Лейкопластир котушковий 2 см x 5 м	шт.	1
24	Бинт еластичний медичний 10 см x 2 м	шт.	2
25	Косинка медична перев'язувальна	шт.	2

Санітарно-господарське майно

1	Халат медичний	шт.	4
2	Рушник	шт.	4
3	Клейонка підкладна (плівка поліетиленова)	м ²	3
4	Відро (урна) педальне для відходів	шт.	1
5	Відро емальоване з кришкою	шт.	1
6	Мильниця	шт.	1
7	Мило туалетне рідке	шт.	1
8	Кухетка медична	шт.	1

(<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0879-18#n777>)

До розділу 8

Форма 3

Меню-розкладка

«__» _____ 20__ р.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Головний лікар

_____ (підпис) (ПІБ)

«__» _____ 20__ р.

Номер страви за картогекою	Найменування прийому їжі (сніданок, обід, вечеря) і страв	Номер дієти	Кількість порцій	Найменування і кількість продуктів	Вага готової продукції		Прізвище кухаря	Оцінка страви
					норма	факт		
...

Лікар-дієтолог _____

(підпис) (ПІБ)

Бухгалтер _____

(підпис) (ПІБ)

Шеф-кухар _____

(підпис) (ПІБ)

Форма 5

Картка-розкладка № _____

Назва страви _____

Показання до застосування _____

Найменування продукту	Брутто, г	Нетто, г	Хімічний склад				Вартість, грн.
			Білки, г	Жири, г	Вуглеводи, г	Калорійність, ккал	
...
Маса готової страви	

Лікар дієтолог _____

(медична сестра з дієтичного харчування) _____ (підпис) (ПІБ)

Завідувач виробництва _____

(підпис) (ПІБ)

Бухгалтер _____

(підпис) (ПІБ)

Форма 7

Журнал з контролю якості готової їжі (бракеражний)

Дата	Назва готової продукції (сніданок, обід, вечеря)	Виконання меню	Оцінка				Санітарний стан харчоблоку	Дозвіл чергового лікаря на видачу, ПШБ	Підпис особи, яка провела пробу
			Доброякісність	Правильність кулінарного оброблення	Правильність виходу (маса порції)				

Форма 8

Журнал бракеражу сирих продуктів

№ п/п	Назва продукту, звідки отримано	Дата, час надходження, № супровідного документу	Кількість продукту (кг, л, шт.)	Кінцевий термін реалізації у супровідному документі постачальника, або виробника	Дата реалізації продукту і кількість.

ІНСТРУКЦІЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯ
МЕДИЧНОГО ВИРОБУ

Медичний виріб ВАКСОЛ (VAXOL)

вушний спрей 10 тл (мл) для догляду за зовнішнім вухом, видалення сірки та сірчаних пробок

Ваксол – медичний виріб для природного пом'якшення та видалення вушної сірки та сірчаних пробок. Зменшує потребу у вимиванні сірчаних пробок за допомогою шприца або полегшує цю процедуру, якщо вона є необхідною.

Ваксол призначений для використання дорослим та дітям віком від 1 року.

100 % фармацевтична оливкова олія, 10 ml (мл). Має просту, але унікальну систему, яка дозволяє ввести лише разову дозу продукту у зовнішнє вухо. Спрей легко і зручно використовувати. Розпилювач не допускає надмірного застосування засобу, значно зменшує проливання та зайву витрату продукту. Ваксол запобігає пересиханню шкіри у слуховому проході, знижуючи свербіж і подразнення.

Будь ласка, прочитайте інструкцію перед застосуванням.

ПЕРЕД ВИКОРИСТАННЯМ НОВОГО ФЛАКОНУ

- Якщо Ви відкрили новий флакон, необхідно зігріти його в долонях, добре збовтати, а потім натиснути на розпилювач 3-4 рази, поки не з'являться бризки спрею (див. рис. В). Виконуючи це, тримайте флакон на відстані від себе. Таким чином Ви активуєте систему та підготуєте спрей до використання.

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ

- Для найбільшої ефективності необхідно зігріти флакон в долонях та збовтати його перед застосуванням.
- Використовувати один або два рази на тиждень для запобігання утворення сірчаних пробок та для сприяння процесу самоочищення.
- У разі наявності сірчаної пробки необхідно застосовувати 1-2 дози спрею двічі на день протягом 4-5 днів. Пробка зруйнується та виділиться самостійно. При підвищеній щільності сірчаної пробки або при анатомічно вузькому зовнішньому слуховому проході може виникнути потреба вимити залишки сірчаної пробки. В цьому випадку рекомендується звернутися до лікаря.
- Потягнути м'яко верхню частину вуха або вушну раковину вгору і назад (див. рис. А).
- Тримавши флакон вертикально, розпилювач слід спрямувати у слуховий прохід і повністю натиснути на дозатор 1-2 рази (див. рис. В).

- Зробити м'який масаж козелка (див. рис. А).
- Повторити процедуру з іншим вухом, якщо це необхідно.
- Після застосування виробу немає потреби в додатковому промиванні вуха.
- Спрей можна застосовувати стоячи або сидячи, тримаючи флакон вертикально.
- Після використання дозатор можна зняти та промити в гарячій воді, а потім знову закрити на флаконі.



ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

- Оливкова олія є натуральним продуктом широкого застосування. Таким чином, не було виявлено побічних ефектів до взаємодії спрею з лікарськими засобами. Однак цей продукт не слід використовувати при підвищеній чутливості або алергії на оливкову олію.
- За результатами клінічного дослідження, оливкова олія запобігає сухості шкіри, зменшує свербіж та подразнення.
- При використанні цього продукту під час вагітності та/або годування груддю не було виявлено шкідливих побічних ефектів, однак слід завжди повідомляти лікаря перед застосуванням цього продукту якщо Ви вагітні або годуєте груддю.
- Не було виявлено побічних ефектів у разі передозування.
- Якщо у Вас виникли алергічні реакції, припиніть використання цього продукту та негайно зверніться до лікаря.

ЗАСТЕРЕЖЕННЯ

- Застосовувати спрей згідно з рекомендаціями лікаря.

- Флакон спрею рекомендується для використання тільки однією особою.
- Завжди зберігати флакон у вертикальному положенні при температурі не вище 40 ° С.
- Утилізувати згідно з нормами, встановленими органами влади.
- Не розпиляти поблизу відкритого вогню.
- Зберігати у недоступному для дітей місці.
- Спрей Ваксол призначений для використання тільки у вушному каналі. Не розпиляти біля очей, носа або рота.

Термін придатності: 3 роки.

Дата останнього перегляду інструкції із застосування: 01.08.2018



Виробник та власник ліцензії: ХЛ Хелскер Лтд, Пюер-Офісіс, Тачбрук Парк, м. Ворик CV34 6WE, Велика Британія.

Ексклюзивний дистриб'ютор в Україні: ПрАТ «Натурфарм» 04075, м. Київ, Пуща-Водиця, вул. Лісна 30а. тел.: +38 044 401 81 03

Уповноважений представник в Україні: Приватне підприємство «Максіма Хелс Рісьоч» Україна, 08132, Київська обл., м. Вишневе, вул. Чорновола, 43 тел.: (044) 585 00 41.

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

АльпеКід Дормі (AlpeKid® Dormi)

Склад:

діючі речовини: 1 таблетка містить *Cypripedium pubescens* D4 15 мг; *Magnesium carbonicum* D10 20 мг; *Zincum valerianicum* D12 15 мг;

допоміжні речовини: мікрокристалічна целюлоза, тальк, лактози моногідрат, магнію стеарат.

Лікарська форма. Таблетки.

Основні фізико-хімічні властивості: білого або майже білого кольору двоploщинні таблетки зі скошеною кромкою.

Фармакотерапевтична група. Комплексний гомеопатичний препарат.

Фармакологічні властивості.

Активні компоненти препарату ефективні при таких симптомах як нервозність, дратівливість, відчуття тривожності.

Клінічні характеристики.**Показання.**

Стани занепокоєння, збудження та безсоння у дітей віком до 6 років.

Протипоказання.

Підвищена чутливість до компонентів препарату.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Невідома.

Застосування даного гомеопатичного лікарського засобу не включає застосування інших лікарських засобів.

Особливості застосування.

При застосуванні гомеопатичних лікарських засобів можливе тимчасове первинне погіршення. У цьому випадку слід припинити прийом препарату і проконсультуватися з лікарем.

Препарат містить лактозу. Пацієнтам із рідкісними спадковими формами непереносимості галактози, недостатністю лактази або синдромом глюкозо-галактозної мальабсорбції не слід застосовувати препарат.

При відсутності поліпшення після 2–3 тижнів лікування або при частому повторенні симптомів слід припинити прийом препарату і проконсультуватися з лікарем.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Препарат призначений для застосування дітям.

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами. Препарат призначений для застосування дітям.

Спосіб застосування та дози.

Дітям від народження до 6 років: по 1 таблетці 4 рази на добу.

Курс лікування: 2-4 тижні.

Таблетки слід приймати за 30 хвилин до або через 30 хвилин після їжі, повільно розсмоктуючи їх у ротовій порожнині. При лікуванні немовлят таблетки можна розчинити у невеликій кількості води (*наприклад, у чайній ложці*).

Діти. Препарат застосовують дітям від народження до 6 років після консультації з лікарем.

Передозування. У випадках передозування можливе підвищення частоти виникнення побічних реакцій.

Побічні реакції. Можливі алергічні реакції. При виникненні будь-яких небажаних реакцій слід припинити застосування препарату та звернутися до лікаря.

Термін придатності. 5 років.

Не застосовувати після закінчення терміну придатності, зазначеного на упаковці.

Умови зберігання. Зберігати при температурі не вище 25 °С у недоступному для дітей місці.

Упаковка.

По 150 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці.
або

По 30 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці.

Категорія відпуску. Без рецепта.

Виробник.

Др. Густав Кляйн ГмбХ & Ко. КГ/

Dr. Gustav Klein GmbH & Co. KG

Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.

Штайненфельд 3, 77736 Целль ам Хармерсбах, Німеччина
Steinenfeld 3, 77736 Zell am Harmersbach, Germany

ЛИСТ-ВКЛАДИШ
по застосуванню дієтичної добавки

АльпеКід ХЕПІ ДРІНК
(AlpeKid® HAPPY DRINK)

Склад: фруктоза; сухий екстракт квітів ромашки (*Matricaria chamomilla*), стандартизований в апігеніні; сухий екстракт листя меліси (*Melissa officinalis*), стандартизований у розмариновій кислоті; транс-анетол. Без ГМО

Активні інгредієнти	1 саше (3 г (g))
Сухий екстракт квітів ромашки (<i>Matricaria chamomilla</i>)	87,5 мг (mg)
Сухий екстракт листя меліси (<i>Melissa officinalis</i>)	20,0 мг (mg)
Транс-анетол	1,5 мг (mg)

Не містить штучних ароматизаторів, барвників та консервантів.
Енергетична цінність: 11,56 ккал (kcal) / саше.

Відповідно до відкритих загально-доступних джерел інформації, компоненти, які входять до складу дієтичної добавки АльпеКід ХЕПІ ДРІНК, мають наступні властивості:

Сухий екстракт квітів ромашки (*Matricaria chamomilla*). З висушених суцвіть виділяють до 1 % ефірної олії, головними складовими частинами якої є специфічна біологічно активна речовина хамазулен (азулен), сесквітерпени, флавоноїди, флавонові глікозиди тощо. Біологічно активні речовини чинять болезаспокійливу, протизапальну, антисептичну, потогінну, жовчогінну дію; знижують алергічні реакції, посилюють процеси регенерації, підвищують секреторну діяльність травних залоз, збуджують апетит, усувають спазми кишечника, зменшують бродильні процеси та утворення газів.

Екстракт ромашки чинить спазмолітичну дію на гладку мускулатуру, знижує тонус кровоносних судин і володіє м'якою седативною і антидепресивною дією.

Сухий екстракт листя меліси (*Melissa officinalis*) містить до 0,33 % ефірної олії головними складовими частинами якої є цитраль, ліналоол, гераніол, цитронелол, мірцен, альдегіди, дубильні речовини, органічні кислоти, мінеральні солі. Біологічно активні речовини стимулюють секрецію шлункового соку, покращують апетит та травлення, зменшують напругу гладких м'язів кишечника, стимулюють виділення травних ферментів.

Екстракт листя меліси надає спазмолітичну, болезаспокійливу, гіпотензивну, заспокійливу, сечогінну та бактерицидну дію.

Транс-анетол – основний компонент (80–90 %) ефірної олії кропу (*Foeniculum vulgare* Mill. Fam. *Apiaceae*), ефірної олії анісу (*Illicium verum* Hook fam. *Magnoliaceae*) та анісової ефірної олії (*Pimpinella anisum* L. fam. *Apiaceae*). Володіє вітрогінними, антиферментаційними, антисептичними та ароматичними властивостями. Аніс і кріп з успіхом застосовуються при кольках, болях у шлунку та метеоризмі (в тому числі у немовлят), для полегшення закрепів та усунення неприємного запаху з ротової порожнини.

Рослинні компоненти, які використовуються при виробництві дієтичної добавки, проходять відповідний радіологічний контроль та контроль на наявність пестицидів.

Рекомендації щодо споживання: рекомендується в якості дієтичної добавки до раціону харчування немовлят на грудному вигодовуванні та дітей раннього віку з метою підтримки нормального функціонування шлунково-кишкового тракту при кольках; дискомфорті та збудженні, викликаних прорізуванням зубів, вакцинацією тощо; при зміні раціону або режиму харчування та при регуляції дефекації випорожнення.

АльпеКід ХЕПІ ДРІНК можна вживати також як напій між прийомами їжі замість чаю.

Кольки зустрічаються у немовлят, незалежно від способу годування. Зазвичай починаються кольки приблизно у тритижневому віці, а зникають приблизно у три місяці, але бувають випадки, коли цей період триває довше.

Вакцинація може викликати стрес і спричинити збудження та дискомфорт – рекомендується приймати 1 саше АльпеКід ХЕПІ ДРІНК за 2 години до вакцинації, а також, при необхідності, після вакцинації, що сприяє зменшенню дискомфорту та стресу у дитини.

Прорізування зубів також викликає дискомфорт у немовлят. При необхідності АльпеКід ХЕПІ ДРІНК рекомендується приймати по 2-4 саше на добу для сприяння та підтримки нормального самопочуття та сну дитини в цей період.

Урізноманітнення їжі (зміна раціону або режиму харчування) може призвести до дискомфорту через порушення роботи шлунково-кишкового тракту (здуття живота, метеоризм, закреп, діарея та спазми в животі), які проявляються під час пристосування організму до нового типу їжі. Для підтримки травної системи, включаючи підтримку регулювання випорожнення кишечника, рекомендується вживання 2–4 саше АльпеКід ХЕПІ ДРІНК щодня упродовж 4–5 днів.

У певний момент дитину потрібно починати відлучати від нічного годування. АльпеКід ХЕПІ ДРІНК має можливість підтримати дитячий організм в цей період – рекомендовано 1–2 саше на ніч для спокійного сну Вашої дитини.

АльпеКід ХЕПІ ДРІНК підтримує організм дитини та допомагає подолати стресові етапи, характерні для періоду росту та розвитку.

Спосіб споживання та рекомендована добова кількість:

- при кольках: немовлятам до 1 місяця слід приймати 1 саше на добу, немовлятам старше 1 місяця по 1-3 саше на добу протягом 3 місяців або при необхідності. Вміст 1 саше розчинити у воді і використовувати між прийомами їжі, розділяючи на кілька прийомів протягом доби
- при збудженні та дискомфорті, спричинених прорізуванням зубів, вакцинацією тощо: 2–4 саше на добу, при необхідності
- при регуляції дефекації (випорожнення): 2–4 саше на добу протягом 4–5 днів; якщо симптоми не зникають, зверніться до педіатра
- при відлученні від нічного годування: 1–2 саше на ніч.

Перед споживанням вміст саше розчиняють приблизно у 50 мл (ml) кип'яченої та охолодженої до кімнатної температури води. Розчин, в залежності від потреб дитини, можна вжити за один прийом або розділити на кілька прийомів протягом дня. Підсолоджувати не потрібно.

Можна вживати між прийомами їжі замість чаю.

Не є лікарським засобом.

Перед споживанням рекомендована консультація лікаря.

Застереження щодо споживання: не застосовувати при підвищеній чутливості до будь-якого з інгредієнтів. Не перевищуйте рекомендовану добову кількість. Дієтична добавка не може бути заміною різноманітного і збалансованого раціону харчування та здорового способу життя.

Форма випуску: 12 саше, по 3 г (g) кожне, у картонній упаковці.

Умови зберігання: зберігати при температурі 15–25° С в оригінальній упаковці. Зберігати в недоступному для дітей місці.

Виробник: Фітерман Фарма С.Р.Л. Румунія



Вироблено для:

Альпен Фарма АГ, Берн, Швейцарія.

Найменування та місцезнаходження імпортера:

ПрАТ «Натурфарм», Україна, 04075 м. Київ, Пуща-Водиця, вул. Лісна, 30-А



ЛИСТ-ВКЛАДИШ
по застосуванню дієтичної добавки
АКТИВ ФЛОРА бебі+

Склад: оливкова олія, мікрокапсульовані молочнокислі бактерії *Lactobacillus rhamnosus* GG ATCC 53103. Загальна кількість життєздатних бактерій в 1 краплі (мінімальній добовій кількості) складає не менше 1×10^9 КУО*.

Активний інгредієнт в рекомендованій добовій кількості	в 1 краплі	в 6 краплях	в 12 краплях
<i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG ATCC 53103	1×10 ⁹ КУО*	6×10 ⁹ КУО*	12×10 ⁹ КУО*

*КУО – колонієутворюючі одиниці

Рекомендації щодо споживання: може бути рекомендовано в якості дієтичної добавки до раціону харчування дітей від народження та дорослих для підтримки нормального балансу кишкової мікрофлори при можливому порушенні функціонального стану шлунково-кишкового тракту (застосування антибіотиків, зміна характеру харчування та ін.), та при станах організму, які опосередковано пов'язані з дисбалансом кишкової мікрофлори. Для новонароджених, немовлят, дітей та дорослих. Може також використовуватися у недоношених дітей¹. Нормальний баланс кишкової мікрофлори сприяє підтримці процесів травлення та імунітету дитини.

Не є лікарським засобом.

Дієтична добавка не може бути заміною різноманітного і збалансованого раціону харчування та здорового способу життя.

Пробіотичні властивості *Lactobacillus rhamnosus* GG ATCC 53103 підтверджено науковими дослідженнями. Сировина та готовий продукт проходять суворий контроль якості.

«АКТИВ ФЛОРА бебі+» не містить молоко та похідні продукти (включаючи лактозу). Продукт без глютену та сахарози.

Перед споживанням рекомендована консультація лікаря.

Спосіб споживання та рекомендована добова кількість: вживати під час прийому їжі: немовлятам та дітям до 3 років – 1 краплю на добу, дітям від 3 до 12 років – 6 крапель на добу, дітям старше 12 років та дорослим – 12 крапель на добу.

Перед кожним використанням збовтайте вміст флакону до отримання однорідної суспензії, а після тривалого періоду

невикористання слід добре збовтати кілька разів. Додавати краплі можна до їжі або безпосередньо в рот. Не змішуйте краплі із занадто холодною або гарячою їжею.

Не перевищувати зазначену рекомендовану кількість (порцію) для щоденного споживання.

Застереження щодо споживання: не застосовувати при підвищеній чутливості до будь-якого з інгредієнтів. Особам із значно зниженим імунітетом тільки за рекомендацією лікаря. Не вживайте після закінчення терміну придатності, зазначеному на упаковці.

Форма випуску: краплі оральні у флаконі по 5 мл (ml); по 1 флакону у картонній коробці.

Умови зберігання: зберігати при температурі не вище 25°C у сухому та недоступному для дітей місці. Не охолоджувати та не заморозувати. Захищати від світла та вологи. Після першого відкриття продукт слід використати протягом 30 днів. На дні флакона може з'явитися осад, який не впливає на безпеку та якість продукту.

Номер партії та дата завершення терміну придатності

Краще спожити до кінця: вказані на упаковці та/або флаконі.

Виробник: Мастер Фарм С.А., Польща Вироблено для: Альпен Фарма АГ, Берн, Швейцарія Імпортер: ПрАТ «НАТУРФАРМ», Україна, 04075 м. Київ, Пуща-Водиця, вул. Лісна, буд. 30-А

¹ Oral Supplementation with *Lactobacillus casei* Subspecies *rhamnosus* Prevents Enteric Colonization by *Candida* Species in Preterm Neonates: A Randomized Study (Пероральний прийом добавок *Lactobacillus casei* підвиду *rhamnosus* запобігає кишковій колонізації видів *Candida* у недоношених новонароджених: рандомізоване дослідження) – P. Manzoni, M. Mostert, M. L. Leonessa, C. Priolo, D. Farina, C. Monetti, M. A. Latino, and G. Gomirato



ІНСТРУКЦІЯ
для медичного застосування
лікарського засобу

КІНДІНОРМ Н
(KINDINORM® N)

Склад:

діючі речовини: для 10 г гранул використано Chamomilla D12 25 мг, Kalium phosphoricum D6 25 мг, Staphisagria D12 25 мг, Valeriana D6 25 мг;

допоміжна речовина: сахароза.

Лікарська форма. Гранули.

Основні фізико-хімічні властивості: приблизно сферичні білуваті гранули.

Фармакотерапевтична група. Комплексний гомеопатичний препарат.

Фармакологічні властивості.

Фармакодинаміка.

Гомеопатичний комбінований лікарський засіб усуває поведінкові і когнітивні розлади у дітей та дорослих.

Активні інгредієнти препарату ефективно послаблюють типові симптоми, такі як порушення концентрації уваги, підвищена збудливість, непосидючість, труднощі у навчанні, розлади сну і стани загальної слабкості. Також препарат чинить заспокійливу і стабілізуючу дію на психічний стан пацієнта.

Клінічні характеристики.

Показання.

Поведінкові розлади у дітей та дорослих, що супроводжуються порушенням концентрації уваги, підвищеною збудливістю, непосидючістю, труднощами у навчанні, розладами сну або загальною слабкістю.

Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.
Невідома.

Застосування даного гомеопатичного лікарського засобу не включає застосування інших лікарських засобів.

Особливості застосування.

При застосуванні гомеопатичних лікарських засобів можливе тимчасове первинне погіршення. У цьому випадку пацієнту потрібно припинити прийом препарату і проконсультуватися з лікарем.

Препарат містить сахарозу. Пацієнтам із рідкісними спадковими формами непереносимості фруктози, синдромом глюкозо-галактозної мальабсорбції або недостатністю сахарози-ізомальтази не слід застосовувати препарат.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Кіндіном Н у період вагітності або годування груддю можна застосовувати лише після ретельної оцінки лікарем співвідношення користь для матері/ризик для плода (дитини).

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами. Не впливає.**Спосіб застосування та дози.**

Діти від 1 до 5 років: по 2 гранули 1-3 рази на добу.

Діти від 6 до 11 років: по 3 гранули 1-3 рази на добу.

Дорослі та діти від 12 років: по 5 гранул 1-3 рази на добу.

Частоту прийому можна зменшити після настання поліпшення.

Гранули приймати за півгодини до або через півгодини після їди, даючи їм повільно розчинитися в роті. Дітям віком до 3 років для зручності застосування гранули можна розчиняти в невеликій кількості води (наприклад, у чайній ложці).

Курс лікування визначає лікар індивідуально; зазвичай він становить 8 тижнів.

При відсутності поліпшення після 8 тижнів лікування препаратом або при погіршенні стану слід проконсультуватися з лікарем.

Діти. Не застосовувати препарат дітям віком до 1 року через недостатність даних щодо безпеки та ефективності. Перш ніж розпочати прийом препарату Кіндіном Н дітям віком від 1 року до 6 років, рекомендується проконсультуватися з лікарем.

Передозування. Не встановлено.

Можливе підвищення частоти виникнення побічних реакцій.

Побічні реакції.

Можливі алергічні реакції. При виникненні будь-яких небажаних реакцій слід припинити застосування препарату та звернутися до лікаря.

Термін придатності. 5 років.

Не застосовувати після закінчення терміну придатності, зазначеного на упаковці.

Умови зберігання.

Не потребує спеціальних умов зберігання. Зберігати у недоступному для дітей місці.

Упаковка. По 10 г або по 20 г гранул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці.

Категорія відпуску. Без рецепта.

Виробник. Др. Густав Кляйн ГмбХ & Ко. КГ/
Dr. Gustav Klein GmbH & Co. KG

Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності. Штайненфельд 3, 77736 Целль ам Хармерсбах, Німеччина / Steinenfeld 3, 77736 Zell am Harmersbach, Germany



ІНСТРУКЦІЯ

для медичного застосування
лікарського засобу

ІНФЛЮЦИД
(INFLUCID®)

Склад:

діючі речовини: Aconitum D3, Gelsemium D3, Ipsecacuanha D3,
Phosphorus D5, Bryonia D2, Eupatorium perfoliatum D1;

1 таблетка містить Aconitum D3 25 мг, Gelsemium D3 25 мг, Ipecacuanha D3 25 мг, Phosphorus D5 25 мг, Bryonia D2 25 мг, Eupatorium perfoliatum D1 25 мг;

допоміжні речовини: лактози моногідрат, магнію стеарат, крохмаль пшеничний.

Лікарська форма. Таблетки.

Основні фізико-хімічні властивості: білі або майже білі, іноді з окремими темними крапками, двоплощинні таблетки зі скошеною кромкою.

Фармакотерапевтична група. Комплексний гомеопатичний препарат.

Фармакологічні властивості.

Препарат містить шість активних компонентів, найбільш прийнятних для лікування гострих застудних захворювань верхніх дихальних шляхів і грипу. Засіб швидко зупиняє типові ознаки гострої інфекції дихальних шляхів, такі як гарячка, головний біль, болючість м'язів, а також риніт, фарингіт. Препарат посилює природний захист організму і сприяє швидкому видужанню і відновленню сил після перенесеного захворювання, у такий спосіб зменшує ознаки виснаження (астенічний синдром) або запобігає їм. Застосування препарату при перших проявах захворювання або відразу після контакту з людьми, які захворіли, сприяє запобіганню розвитку захворювання.

Клінічні характеристики.

Показання.

Профілактика і лікування грипоподібних інфекцій, що супроводжуються лихоманкою та інших гострих респіраторних вірусних інфекцій, підтримуюче лікування грипу.

Противоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Невідома.

Особливості застосування.

При застосуванні гомеопатичних лікарських засобів можливе тимчасове первинне погіршення симптомів захворювання.

У цьому випадку слід припинити прийом препарату і проконсультуватися з лікарем.

При збереженні високої температури тіла або при її підвищенні до рівня понад 39° С, при збереженні або нез'ясованості симптоматики, а також при появі нових симптомів слід проконсультуватися з лікарем, оскільки може йти мова про хвороби, які вимагають медичної допомоги.

Застереження для хворих з глютенною хворобою. Інфлюцид містить пшеничний крохмаль.

Препарат містить лактозу, тому пацієнти з рідкісними спадковими формами непереносимості галактози, недостатністю лактази або синдромом глюкозо-галактозної мальабсорбції не повинні застосовувати препарат.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Інфлюцид у період вагітності або годування груддю можна застосовувати лише після ретельної оцінки лікарем співвідношення користь для матері/ризик для плода (дитини).

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами. Не впливає.

Спосіб застосування та дози.

При гострому захворюванні дітям від 1 до 12 років застосовувати по 1 таблетці кожні 2 години (не більше 8 таблеток на добу) до настання покращення. При подальшому лікуванні приймати по одній таблетці 3 рази на добу.

Дітям від 12 років і дорослим при гострому захворюванні приймати по 1 таблетці щогодини (не більше 12 таблеток на добу) до настання покращення, далі – по 1–2 таблетки 3 рази на добу.

Тривалість лікування – 7–10 днів (до повного зникнення симптомів).

Для профілактики респіраторно-вірусної інфекції дітям від 1 до 12 років рекомендується застосовувати по 1 таблетці 3 рази на добу; дітям від 12 років і дорослим приймати по 1–2 таблетки 3 рази на добу.

Тривалість застосування після контакту з хворими на респіраторну інфекцію або грип – 1 тиждень.

Таблетки приймають за півгодини до їди або через півгодини після їди, даючи їм повільно розчинитися в роті. Дітям віком до 3 років рекомендується для зручності застосування розчиняти таблетку у невеликій кількості води (наприклад у чайній ложці води).

Діти. Препарат призначають дітям віком від 1 року.

Передозування.

У випадках передозування можливе підвищення частоти виникнення побічних реакцій.

Побічні реакції.

У поодиноких випадках можливі реакції гіперчутливості, включаючи висипання на шкірі, шлунково-кишкові розлади, включаючи нудоту, блювання або діарею.

При виникненні будь-яких небажаних реакцій слід припинити застосування препарату та звернутися до лікаря.

Термін придатності. 5 років.

Не застосовувати після закінчення терміну придатності, зазначеного на упаковці.

Умови зберігання. Зберігати при температурі не вище 25° С у недоступному для дітей місці.

Упаковка. По 20 таблеток у блістері; по 2 або 3 блістери у картонній коробці.

Категорія відпуску. Без рецепта.

Виробник. Др. Густав Кляйн ГмбХ & Ко. КГ/Dr. Gustav Klein GmbH & Co. KG

Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності. Штайненфельд 3, 77736 Целль ам Хармерсбах, Німеччина / Steinenfeld 3, 77736 Zell am Harmersbach, Germany

ІНСТРУКЦІЯ
для медичного застосування
лікарського засобу
ІРИКАР
(IRICAR®)

Склад:

діюча речовина: 1 г мазі містить *Cardiospermum* Ø 0,1 г;

допоміжні речовини: спирт цетостеариловий (тип А) емульгований, парафін рідкий, парафін білий м'який, октилдодеканолю, вода очищена, спирт бензиловий.

Лікарська форма. Мазь.

Основні фізико-хімічні властивості: гомогенна мазь від світло-жовтого до жовтуватого-зеленуватого кольору.

Фармакотерапевтична група. Гомеопатичний препарат.

Фармакологічні властивості.

Мазь Ірикар містить природну активну речовину з тропічної ліани *Cardiospermum halicacabum* (кардіоспермум), що сприяє поліпшенню симптоматики при запальних захворюваннях шкіри, що супроводжуються свербіжем, таких як нейродерміт, алергічні шкірні реакції і професійні екземи. При цьому, в першу чергу, відмічається швидке зменшення свербіжу, що вщухає вже після короткого періоду застосування мазі. Під дією мазі Ірикар зникають почервоніння і набряки, минає запалення. Згодом зникають і зумовлені безперервним чуханням потовщення шкіри і лущення за типом екземи.

Клінічні характеристики.

Показання.

Екзема, нейродерміт, сухість шкіри зі свербіжем, а також як симптоматичне лікування після укусів комах.

Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента лікарського засобу.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Дотепер не виявлені. У разі необхідності одночасного застосування будь-яких інших лікарських засобів слід проконсультуватися з лікарем.

Особливості застосування.

При застосуванні гомеопатичних лікарських засобів можливе тимчасове первинне погіршення. У цьому випадку пацієнту потрібно припинити застосування препарату і проконсультуватися з лікарем.

У разі затяжного перебігу захворювання, появи неясних, нових скарг, тяжких запалень шкіри, гнійних уражень шкіри або лихоманки про подальше застосування препарату пацієнту необхідно проконсультуватися з лікарем. Слід уникати контакту з очима, слизовими оболонками та відкритими ранами. Слід вимити руки після нанесення мазі. Ірикар містить спирт цетостеарилловий, що може спричинити подразнення шкіри.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Ірикар у період вагітності або годування груддю слід застосовувати лише після ретельної оцінки лікарем співвідношення користі для жінки і ризику для плода (дитини).

Перед застосуванням лікарського засобу рекомендовано проконсультуватися з лікарем.

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами. Не впливає.

Спосіб застосування та дози.

Дорослим та дітям віком від 1 року наносити мазь на уражені ділянки шкіри тонким шаром, злегка втираючи, 3 рази на добу.

Ірикар добре переноситься, тому його можна застосовувати протягом тривалого часу. Якщо після 1–2 тижнів лікування препаратом не спостерігається терапевтичного ефекту, пацієнту слід звернутися до лікаря.

Діти. Через недостатність клінічних даних не рекомендується застосовувати лікарський засіб дітям віком до 1 року.

Передозування. Шкідливі дії підвищених доз невідомі.

Побічні реакції.

При застосуванні лікарських засобів, що містять у своєму складі діючу речовину *Cardiospermum*, можливі реакції гіперчутливості, включаючи почервоніння, подразнення шкіри, висипання, кропив'янку.

Спирт цетостеариловий, що входить до складу допоміжних речовин, може спричинити місцеві шкірні реакції (наприклад, контактний дерматит). У цьому випадку пацієнту слід припинити застосування препарату та звернутися до лікаря.

Термін придатності. 5 років.

Не застосовувати після закінчення терміну придатності, зазначеного на упаковці.

Умови зберігання.

Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 25° С у недоступному для дітей місці.

Упаковка. По 50 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці.

Категорія відпуску. Без рецепта.

Виробник. Др. Густав Кляйн ГмбХ & Ко. КГ/

Dr. Gustav Klein GmbH & Co. KG.

Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності. Штайненфельд 3, 77736 Целль ам Хармерсбах, Німеччина /

Steinenfeld 3, 77736 Zell am Harmersbach, Germany.

Навчальний посібник

За редакцією
проф. І. О. Мітюряєвої–Корнійко

**СПЕЦІАЛІЗОВАНА СЕСТРИНСЬКА
ПРАКТИКА В ПЕДІАТРІЇ**

Редактор: *Надія Суходольська*
Дизайнер обкладинки: *Ольга Норинська*

Формат 60×90/16. Ум. друк. арк. 23,5.
Наклад 100 прим. Зам. № ____

Видавець
ДП «Експрес-об'ява»
вул. Бульварно-Кудрявська, 26, Київ-54, 01054.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4770 від 23 вересня 2014 р.

Виготовлювач
ТОВ «Книжкова майстерня»
вул. Михайла Максимовича, 2, Київ