

**Методические рекомендации для студентов
по подготовке к лабораторным занятиям по дисциплине
«Сестринские манипуляции в педиатрии»**

**основной профессиональной образовательной программы ВО
по специальности
31.05.02– Педиатрия
(специалитет)**

Объем дисциплины – 2 зачетные единицы (72 часа)

Саранск 2015

ТЕМА: Система организации медицинской помощи детям в условиях амбулаторного и стационарного лечения. Организация работы среднего медицинского персонала.

Цель занятия: познакомить с организацией медицинской помощи в РФ, организацией работы среднего медицинского персонала.

Вопросы для самоподготовки:

1. Структура педиатрической службы.
2. Проблемы профилактической педиатрии:
3. Функциональные обязанности среднего медицинского персонала.
4. Основы деонтологии
5. Роль медицинской сестры в оказании помощи детям стационарных условиях и поликлинике

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Самостоятельная работа у постели больного, знакомство с данными лабораторно-инструментальных исследований. 2. Работа во вспомогательных отделениях	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.05-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Основными принципами лечебно-профилактической помощи детям являются:
-непрерывность в наблюдении за здоровьем ребенка с первых дней жизни;
-преемственность в работе врачей, оказывающих лечебно-профилактическую помощь детям; этапность в лечении - поликлиника, стационар, санаторий.

К учреждениям, оказывающим лечебно-профилактическую помощь детям относятся: детские городская и краевая больницы, специализированные детские больницы, диспансеры, детские городские поликлиники, детские стоматологические поликлиники, учреждения по охране материнства и детства (дома ребенка, родильные дома), детские бальнеологические и грязелечебницы, санатории, детские отделения стационаров и поликлиник общего профиля.

Детская поликлиника - лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее амбулаторно-поликлиническую помощь детям и подросткам до 18 (17 лет 11 месяцев 29 дней включительно) лет. Детские поликлиники организуются в целях обеспечения детей, не нуждающихся в госпитализации, доступной и качественной первичной медико-санитарной, квалифицированной и специализированной помощью, направленной на

профилактику, снижение уровня заболеваемости, детской инвалидности, младенческой и детской смертности.

Организация работы стационара детской больницы имеет много общего с организацией работы больниц для взрослых, однако имеются и свои особенности. Основные задачи детской больницы:

- восстановительное лечение, которое включает диагностику заболевания, лечение, неотложную терапию и реабилитацию;
- апробация и внедрение в практику здравоохранения современных методов лечения, диагностики и профилактики, основанных на достижениях медицинской науки и техники;
- проведение санитарно-просветительной работы.
- повышение качества лечебно-профилактической помощи.

Приемное отделение детской больницы должно быть оснащено боксами. Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера - Соколова, которые включают в себя предбоксы, палату, санитарный узел, шлюз для персонала. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должно быть предусмотрено не менее 2-3 одноместных палат. Наличие боксов позволяет вести одновременно прием нескольких детей, а в случае поступления ребенка с неясным диагнозом – оставить его для наблюдения и необходимого обследования до уточнения диагноза на -2суток.

Отделения для детей грудного возраста и для детей младшего возраста (дошкольного) должны в обязательном порядке предусматривать возможность для родителей находиться рядом с ребенком в течение всего времени лечения

Палаты для детей старших возрастов (школьников) рассчитаны на 4-6 коек, они формируются с учетом пола, возраста и характера и тяжести заболевания. При заполнении палат соблюдают принцип одномоментного приема больных в палату с тем, чтобы вновь поступающих больных не помещали в палаты, в которых находятся выздоравливающие дети. В настоящее время нет никаких ограничений для родителей, которые хотят быть рядом с детьми, госпитализированными в отделение для детей старшего возраста.

В стационаре завершается первый этап реабилитации и восстановительного лечения - клинический. Далее следуют второй этап - санаторный и третий этап - адаптационный, который проводится в санаториях и амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Профилактическая педиатрия – наука и практика формирования здоровья детей и его охраны, т.е. предупреждения болезней и оздоровления. В нашей стране медицина имела профилактическую направленность. Корифеи медицины в работе руководствовались тезисом: «Болезнь легче предупредить, чем лечить». Известно, что здоровье и благополучие детей являются главной заботой семьи, государства и общества в целом, так как дети составляют единственный резерв страны, который в недалеком будущем будет определять ее благополучие, уровень экономического и духовного развития.

В стране существует служба охраны здоровья матери и ребенка. Детская поликлиника и женская консультация являются основными звеньями этой цепи. Соответствующими приказами четко регламентированы основные разделы работы. Для детской поликлиники они следующие: профилактическая работа с беременными женщинами, профилактическая работа с детьми раннего и дошкольного, школьного возрастов, подростками.

Каждое звено в этой цепи имеет четко регламентированные задачи обеспечения профилактической работы. Например, профилактическая работа с детьми раннего возраста включает организацию охраны здоровья плода и новорожденного; обеспечение тщательного медицинского наблюдения за детьми раннего возраста, начиная с периода новорожденности; проведение динамического наблюдения за детьми 1 и 2-й группы здоровья; организацию правильного ухода, вскармливания, проведение оздоровительных мероприятий; организацию комплексных диспансерных осмотров и лабораторно-диагностических обследований; профилактику анемии, гипотрофии, рахита; проведение

противоэпидемической и прививочной работы; санитарное просвещение родителей, проведение работы с санитарным активом; подготовку детей к поступлению в детское образовательное учреждение (ДОУ); проведение мероприятий, направленных на правильное физическое и нервно-психическое развитие, укрепление здоровья детей, предупреждение инфекционных и неинфекционных заболеваний, сохранение жизни каждого ребенка. Важными моментами в работе медицинских работников являются контакты с родителями, специалистами образовательных учреждений, которые играют решающую роль в организации гигиенического обучения и формировании у детей навыков и привычек здорового образа жизни.

Функциональные обязанности палатной медицинской сестры. Медицинская сестра – представитель среднего медицинского звена. Это помощник врача в лечебно-профилактических, детских дошкольных и школьных учреждениях.

Обязанности требуют серьезных профессиональных навыков. Медицинская сестра тщательно и неукоснительно, по предписанию врача, выполняет все назначения, а в экстренных случаях – назначение дежурного врача. Она обязана проследить, чтобы ребенок принял назначенные ему лекарственные средства, а при необходимости – помочь. Одновременно медицинская сестра осуществляет уход за больными. Она следит за санитарным состоянием закрепленных за ней палат, делает необходимые записи в медицинских картах стационарных больных о выполнении лечебных и гигиенических назначений.

В обязанности медицинской сестры входят измерение температуры тела больного и ее регистрация в температурном листе медицинской карты стационарного больного, подсчет пульса, частоты дыхания, определение АД, массы тела и др. В обязанности медицинской сестры входит контроль за лечебным питанием, а при необходимости и личное участие в раздаче пищи, кормлении тяжелобольных и детей младшего возраста; контроль за передачами больным и их правильным хранением.

Медицинская сестра отвечает за образцовое содержание сестринского поста, исправное состояние медицинского и хозяйственного инвентаря; соблюдает правила хранения лекарственных средств; составляет требования на лекарственные средства, перевязочные материалы и предметы ухода за детьми; сопровождает детей (по назначению врача) на рентгенологические, эндоскопические и другие исследования; следит за своевременным возвращением медицинских карт стационарных больных от специалистов, вносит в них результаты исследований. По назначению врача медицинская сестра собирает материалы для анализов (моча, кал, мокрота и др.), доставляет их в лабораторию, получает результаты исследований и подклеивает бланки ответов в медицинские карты стационарных больных. Составляет порционные требования на питание больных в соответствии с назначениями и передает их на пищеблок. Медицинская сестра принимает вновь поступивших в отделение детей, проводит осмотр кожи и волосистой части головы ребенка для исключения инфекционных заболеваний и педикулеза, помещает больных детей в соответствующие палаты, докладывает о вновь поступивших больных врачу. В ее обязанности входит ознакомление вновь поступивших детей с правилами внутреннего распорядка, режимом дня и правилами личной гигиены. Работа медицинской сестры строится по графику, утвержденному заведующим отделением.

Медицинская сестра в педиатрическом отделении больницы должна уметь выполнять следующие манипуляции:

1. Кормить ребенка через зонд, зондировать и промывать желудок
2. Проводить клизмы всех видов (очистительные, сифонные, лекарственные и др.)
3. Осуществлять постановку газоотводной трубки
4. Производить катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером (у детей старше года)
5. Ставить горчичники, банки, компрессы
6. Втирать лекарственные средства

7. Давать лекарственные средства через рот
8. Закапывать лекарственные растворы в глаза, нос, уши
9. Накладывать пластырь
10. Производить внутрикожные, подкожные, внутримышечные и внутривенные (последние по разрешению врача) вливания
11. Измерять артериальное давление
12. Производить непрямой массаж сердца
13. Проводить искусственную вентиляцию легких (ИВЛ)
14. Брать мазки из зева
15. Собирать материал для лабораторных исследований (моча, кал, пот, и др.)
16. Проводить физиотерапевтические процедуры (по назначению врача)
17. Вести мониторинг за больным и замечать отклонения на дисплее
18. Проводить дуоденальное и желудочное зондирование.

Медицинская документация.

1. История болезни. Медицинская сестра отмечает время поступления больного в отделение и результаты осмотра на педикулез.

2. Лист врачебных назначений. В нем сестра отмечает время дачи лекарственного препарата.

3. Температурный лист. Отмечается температура больного утром и вечером, масса и рост при поступлении и далее 1 раз в 7-10 дней, дни приема ванн и смена постельного белья, ежедневно стул ребенка.

4. Направления в лабораторию. В них отмечают фамилию, имя, возраст ребенка, название отделения, показатели, необходимые определить.

5. Журнал сдачи дежурств. Отмечается количество находящихся на посту детей, фамилии вновь поступивших и выбывших детей, лихорадящие больные, их температура, состояние тяжелых больных, динамика состояния и самочувствия больных детей, появление новых симптомов, принятые меры, фамилии детей, приготовленных к назначенной врачом процедуре.

6. Журнал движения больных отделения. Сведения о движении больных ежедневно передаются в приемный покой.

7. Журнал для регистрации инфекционных заболеваний в отделении и мерах профилактики.

8. Формы для передачи экстренных извещений в Центр СЭН, которые в обязательном порядке передаются при возникновении инфекционного заболевания в отделении.

Правила дежурств, график сдачи дежурств. При смене дежурств медицинские сестры обходят палаты, осматривают всех больных. Медицинская сестра не имеет права самостоятельно покинуть пост даже в том случае, если не явилась ее смена. Медицинская сестра вносит в тетрадь все врачебные назначения каждому больному из истории болезни. Заступающая на дежурство медицинская сестра отмечает объем невыполненной работы, проверяет санитарное состояние палат, соблюдение больными правил личной гигиены. Медицинская сестра принимает термометры, шприцы, медикаменты, предметы ухода, следит, чтобы иметь нужное количество запасного белья. В конце смены медицинская сестра составляет сводку движения больных: число больных в отделении на начало суток, число поступивших, выбывших (отдельно: выписанные, переведенные в другие отделения или лечебно-профилактические учреждения, умершие) и состоящих на начало следующих суток. Эти сведения ежедневно передаются в приемное отделение больницы. На утреннем рапорте сдающая пост медицинская сестра делает сообщение о проведенной работе, отмечает состояние больных, отмечает необходимые сведения об индивидуальных особенностях лечения и ухода больных.

Медицинская деонтология (от греч. deontos — должное, надлежащее) — совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей. Деонтология изучает принципы

поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение эффективности лечения, устранение неблагоприятных факторов в медицинской деятельности и вредных последствий неполноценной медицинской работы.

Согласно Международному кодексу врачебной деонтологии, выделяют два стратегических требования к врачу и среднему медицинскому работнику: 1) знание и 2) доброжелательное отношение к людям.

Взаимоотношения медицинских работников. В условиях стационара взаимоотношение медицинских работников имеет особое значение. Любое нарушение этики взаимоотношений медицинских работников, невыполнение ими профессиональных обязанностей сказывается на эффективности лечебного процесса. Недопустимо выяснение отношений между медицинскими работниками любых должностей в присутствии больных детей или их родственников. Замечание младшему по должности должно быть сделано тактично. Необходимо соблюдать субординацию в отношениях между медицинскими работниками, т.е. подчинение младшего по должности работника более старшему: младшая медицинская сестра — постовая медицинская сестра — процедурная сестра — старшая медицинская сестра — врач — заведующий отделением.

Медицинские работники не должны вести разговоры на профессиональные темы при больных детях. Важно учитывать, что некоторые отличаются мнительностью, легко внушаемы и у них могут развиваться ятрогении, т.е. заболевания, спровоцированные действием медицинского работника и относящиеся к психопатиям.

Отношение к детям. К детям любого возраста отношение должно быть ровным, доброжелательным. Это правило необходимо соблюдать с первых дней пребывания в больнице. Помните, что дети бурно реагируют на ваш приход в группу (палату); после того как вы уйдете, постоянному медицинскому персоналу бывает трудно их успокоить.

Медицинские работники, непосредственно находящиеся среди детей, всегда должны учитывать психологические особенности больных, их переживания, чувства. Дети старшего возраста, особенно девочки, наиболее чувствительны и в первые дни пребывания в стационаре нередко замыкаются, "уходят в себя". Для лучшего понимания состояния детей важно, помимо выяснения индивидуальных психологических особенностей ребенка, знать обстановку в семье, социальное и должностное положение родителей. Все это необходимо для организации правильного ухода за больным ребенком в стационаре и эффективного его лечения.

При общении с больными медицинская сестра испытывает эмоциональное напряжение, иногда вызванное неправильным поведением детей, их капризами, необоснованными требованиями родителей и т.п. В этих случаях медицинская сестра, как и любой медицинский работник, должна сохранять спокойствие, не поддаваться сиюминутным настроениям, уметь подавлять в себе раздражительность и чрезмерную эмоциональность. Недопустимо разделение детей на "хороших" и "плохих", а тем более выделять "любимчиков".

Дети необыкновенно чувствительны к ласке и тонко чувствуют отношение к ним взрослых. Тон разговора с детьми всегда должен быть ровным, приветливым. Все это способствует установлению между ребенком и медицинским персоналом доброжелательных, доверительных отношений и оказывает на больного положительное влияние.

Взаимоотношения медицинских работников с родителями и близкими больного ребенка. Родители, особенно матери, в большинстве случаев тяжело переживают заболевание ребенка, Мать тяжелобольного в той или иной степени психически травмирована и ее реакции могут быть неадекватными. Поэтому необходим индивидуальный подход к матери со стороны всех без исключения медицинских работников. Особое внимание должно уделяться матерям, осуществляющим уход за тяжелобольным ребенком в стационаре. Важно не только успокоить женщину словами, но и создать необходимые условия для полноценного отдыха, питания, убедить ее, что

ребенок получает правильное лечение и находится в "хороших руках". Мать должна понимать важность и правильность назначенных врачом и выполняемых медицинской сестрой манипуляций, процедур и т.п. При необходимости обучают родителей (маму) выполнению отдельных манипуляций, например инъекций, ингаляций и др.

Большинство родителей относятся к медицинским работникам с теплотой, доверием и благодарны им за их нелегкий труд. Однако встречаются и "трудные" родители, которые пытаются грубостью и нетактичным поведением добиться особого внимания сотрудников больницы к своему ребенку. С такими родителями медицинские работники должны проявлять внутреннюю сдержанность и внешнее спокойствие, что само по себе положительно действует на плохо воспитанных людей.

Соблюдение этических принципов и норм медицинской деонтологии является обязательным и не зависит от места работы и должности медицинского работника. В норму поведения медицинского работника входит также бережное отношение к общественному достоянию, дружелюбие, чувство коллегиальности, соблюдение дисциплины, добросовестное отношение к труду. Нужно проявлять сдержанность и тактичность, быть взаимно вежливыми.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Наumenko. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Санитарно-эпидемиологический режим ЛПУ. Личная гигиена медицинской сестры.

Цель занятия: познакомить студентов с организацией санитарно-эпидемиологического режим ЛПУ.

Вопросы для самоподготовки:

1. Санитарно - эпидемиологический режим в клинике детских болезней
2. Личная гигиена медицинской сестры
3. Приготовление моющих и дезинфицирующих растворов разной концентрации;
4. Принципы текущей и заключительной дезинфекции

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Самостоятельная работа у постели больного, знакомство с данными лабораторно-инструментальных исследований. 2. Работа во вспомогательных отделениях	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ	
3	Заключительный 1.Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2.Заключение по занятию, задание на дом	9.05-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы. Детская больница – лечебно-профилактическое учреждение для детей, нуждающихся в постоянном (стационарном) врачебном наблюдении, интенсивной терапии или специализированной помощи. Существуют различные типы детских больниц. По профилю они делятся на многопрофильные и специализированные, по системе организации – на объединенные с поликлиникой и не объединенные, по объему деятельности – на больницы той или иной категории, определяемой мощностью (числом коек). Кроме того, в зависимости от административного деления различают районные, городские, клинические (если на базе больницы работает кафедра медицинского или научно-исследовательского института), областные, республиканские детские больницы.

В каждой детской больнице имеются приемное отделение (приемный покой), стационар (лечебные отделения), лечебно-диагностическое отделение или соответствующие кабинеты и лаборатории, патологоанатомическое отделение (морг), отделения специальных видов лечения, отделения или кабинеты диагностической службы, хозяйственные службы.

Противоэпидемический режим предусматривает организацию и проведение комплекса санитарно-гигиенических и дезинфекционных мероприятий.

В отделении необходимо строго соблюдать санитарный режим. Для раннего выявления инфекционных болезней осмотр детей производят ежедневно. Тщательно осматривают кожные покровы и видимые слизистые оболочки, ведут строгий учет всех детей с повышенной температурой тела (37,5 °С и выше); при необходимости проводят бактериологические и бактериоскопические исследования крови, кала. Немаловажное значение в соблюдении противоэпидемического режима в больнице имеют правильная организация питания детей, приготовления пищи, ее транспортировка и раздача, а так же личная гигиена медицинского персонала.

Дезинфекция –это система мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей болезней и создание условий, препятствующих их распространению в окружающей среде. Различают два вида дезинфекции: профилактическую и проводимую в эпидемическом очаге, которая в свою очередь делится на текущую и заключительную. Дезинфекция в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) включает:

1. Механические средства дезинфекции (удаление микроорганизмов с объектов или их обеззараживание путем встряхивания, протирания, проветривания, вентиляции, стирки, мытья, очистки).

2. Физические средства дезинфекции (обеззараживание путем воздействия физических агентов: ультрафиолетового облучения, сухого горячего воздуха, водяного пара, кипячения).

3. Химические средства дезинфекции (галоидосодержащие, кислородосодержащие, поверхностно-активные вещества, гуанидины, альдегидосодержащие, спирты, фенолосодержащие, кислоты).

Особенности гигиенической уборки помещений стационара

Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (мытьё полов, протирание мебели, оборудования, подоконников, дверей и т.д.) осуществляется не реже двух раз в сутки (а при необходимости чаще) с применением моющих (мыльно-содовых, других растворов, разрешенных органами и учреждениями санэпидслужбы) и дезинфицирующих средств (при каждой обработке не менее двух раз в сутки). Протирка оконных стекол должна проводиться не реже одного раза в месяц изнутри и по мере загрязнения, но не реже одного раза в четыре – шесть месяцев – снаружи. Для влажной уборки используются жидкие моющие средства. Весь уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры и др.) должны иметь четкую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ (например, для мытья полов в процедурном кабинете), использоваться строго по назначению и храниться отдельно. Генеральная уборка палат и других функциональных палат и кабинетов должна проводиться по утвержденному графику не реже одного раза в месяц с тщательным мытьем стен, всего оборудования, а также протиранием мебели, светильников, защитных жалюзи и т.п. от пыли. Генеральная уборка процедурных, перевязочных проводится один раз в неделю с освобождением помещений от оборудования, мебели и другого инвентаря. Для сбора мусора и отходов в коридорах, туалетах и других вспомогательных помещениях должны быть установлены урны, в процедурных – педальные ведра. Помещения, требующие соблюдения особого режима стерильности, асептики и антисептики (операционные, перевязочные, процедурные и др.), следует после уборки облучать ультрафиолетовыми стационарными или передвижными бактерицидными лампами из расчета 1 Вт мощности лампы на 1 м² площади помещения, в течение 2 часов при отсутствии людей и наличии паспорта ламп. Проветривание палат и других помещений через форточки, створки необходимо осуществлять не менее четырех раз в сутки. Ежегодно проводится подготовка всех помещений к зиме (проверка и ремонт систем отопления, вентиляции, остекление, утепление и оклейка окон, утепление дверей и т.д.). Администрация больницы организует постоянное проведение профилактической обработки помещений стационара против насекомых и грызунов по договорам с дезслужбой.

Среди мер дезинфекции, эффективность которых доказуема, химическая дезинфекция является наименее важной. Более важными являются, например, аккуратность медперсонала, карантин пациентов и применение стерилизованного инструментария и материала.

Требования к оборудованию для дезинфекции

1. Емкости должны иметь крышки.
2. Емкости и крышки маркируются и должны иметь четкие надписи с указанием названия средства, его концентрации, назначения, даты приготовления. Для растворов многократного использования указывают дату и час приготовления средства.
3. Дорогостоящие изделия (эндоскопы, инструменты к гибким эндоскопам) дезинфицируются по дополнительным инструктивно-методическим документам.
4. Выбор оборудования для дезинфекции зависит от особенностей изделия и его назначения.

Основные характеристики дезинфектантов и химических стерилиантов, используемых в здравоохранении

Действующее вещество	Активность	Преимущества	Недостатки	Использование
Спирты (этиловый и изопропиловый)	Эффективность против вегетативных микроорганизмов, грибов и микобактерий. Изопропанол активен в отношении некоторых мелких липофильных вирусов.	Быстрое действие, отсутствие остаточного химического эффекта. Не оставляет пятен.	Для достижения адекватного уровня дезинфекции необходим влажный контакт в течении 5 мин. Отсутствует спороцидная активность и остаточное действие. Снижение концентрации за счет выветривания, возгораемые. Могут сушить и вызывать раздражение кожи. Инактивируются органическими веществами. Приводят к набуханию и повышению твердости резины и пластика.	Дезинфекция наружных поверхностей и некоторого оборудования (стетоскопов). В качестве кожных антисептиков.
Четвертичные аммониевые соединения (Сурфан иос +, Макси-Дез,	Эффективность против грамм положительных и некоторых грамотрицательных вегетативных	Детергентная активность.	Подавление эффективности в присутствии органических материалов. Нет спороцидного	Рутинная очистка стен, полов, мебели. Могут использоваться для дезинфекции некритических

Клиндезин-Специаль)	Бактерий, грибов, липофильных вирусов.		туберкулоцидного эффектов, отсутствие эффективности против гидрофильных вирусов. Легко абсорбируются и нейтрализуются многими материалами (хлопок, шерсть). Несовместимы с мылом из-за щелочности. Некоторые могут быть контаминированы Гр (-) мк/о.	поверхностей
Фенолы	Эффективность против широкого ряда микроорганизмов	Оставляют остаточную пленку на дезинфицируемых поверхностях	Могут вызывать раздражение и депигментацию кожи. Инактивируются органическими материалами. Разъедают резину и некоторые пластмассы. Необходим контакт в течение не менее 10 мин. Не используются в отделениях для новорожденных (могут провоцировать анемию).	Обеззараживание больничного оборудования и помещений. Некритические мед. приборы и инструменты.
Хлорактивные соединения (ДП-2Т, Деохлор, Жавель-Солид, Жавельон, Хлорная известь, Хлорамин Б)	Эффективность против бактерий (включая микобактерии), грибов, вирусов.	Низкая стоимость, высокая активность, быстрота действия.	Вызывают коррозию металлов, проблемы в комбинировании с детергентами. Инактивируются органическими соединениями. Могут отбеливать ткани. Потенциальная канцерогенность при контакте с	Аппараты для почечного диализа. Деконтоминация брызг крови. Дезинфекция унитазов, раковин, ванн.

			формальдегидом. Растворы хлорактивных перпаратов нестабильны, однако в сточных водах не разлагаются, а образуют устойчивые галогенорганические соединения, представляющие достаточную опасность (канцерогенны, мутагены, тератогенны).	
Иодактивные соединения	Эффективность против бактерий, грибов, вирусов	Быстрота действия. Отсутствие токсичности и раздражающего эффекта. Сильное детергентное действие	Вызывают коррозию металлов. Ухудшают качество резины и некоторых пластмасс. Могут вызывать ожоги тканей. Инактивируются органическими материалами. Оставляют пятна. Не обладают спорацидной активностью.	Дезинфекция некоторых предметов (термометров, ванн для гидротерапии).
Перекись водорода (Клиндезин-окси, Сайдекс)	Ну- Широкий спектр активности против микроорганизмов, включая споры.	Может способствовать снятию органического загрязнения, не фиксирует кровь. Не требует активации. Без запаха, нетоксична. Безопасность для окружающей среды. Легко удаляется	При попадании в глаза может вызывать ожоги. Обладает обесцвечивающим эффектом и несовместима с такими металлами как латунь, цинк, медь, никель, серебро. Возможен отрицательный эффект на качество материалов эндоскопов.	Ручная или автоматическая дезинфекция больничного оборудования, включая эндоскопы.
Надукусная	Широкий спектр	Быстрота	Дорогостоящая.	Автоматический

кислота	активности против микроорганизмов включая споры.	действия при низких концентрациях и температурах. Эффективность в присутствии органических материалов. Не требует активации. Совместима с многими другими дезинфектантами.	Возможный отрицательный эффект на качество материалов эндоскопов. Концентрат может вызывать ожоги кожи и слизистых. Нестабильна.	процесс обработки эндоскопов, бронхоскопов и другого оборудования, чувствительного к нагреванию
Глутаровый альдегид (Сайдекс, Эригид-Форте, Лизоформин)	Широкий спектр активности против микроорганизмов, включая споры.	Не повреждает изделия из резины, металлов. Эффективен в присутствии органических материалов. Применим на оптических инструментах.	Нестабильность. Высокая стоимость. Нуждается в активации. Может вызывать ожоги кожи и слизистых. Фиксация белковых загрязнений.	Дезинфекция высокого уровня (эндоскопы).
Формальдегид	Широкий спектр активности против микроорганизмов, включая споры.	Не требует активации.	Потенциальное канцерогенное действие (ограничение прямого контакта). Резкий запах, раздражающее действие.	Обработка гемодиализаторов, дезинфекция водных систем.
Третичные амины (Мистраль, Алмироль, Триацид)	Широкий спектр активности против микроорганизмов включая споры, активный туберкулоцид.	Стабильны, хорошо растворимы в воде, не повреждают обрабатываемые поверхности, обладают моющими свойствами. Относительно малотоксичны.	-	Широкое применение для обработки изделий медицинского назначения

Способы приготовления и показания для использования некоторых дезинфицирующих растворов. Режим дезинфекции раствором «Жавель Солид»

Объект обеззараживания	Концентрация	Время обеззараживания
------------------------	--------------	-----------------------

		(мин)
Изделия медицинского назначения из коррозионностойких металлов, стекла, резин, пластмасс, загрязненные кровью, посуда лабораторная	0,2% (14 таблеток на 10 литров воды)	60 мин
Белье, загрязненное кровью	0,2% (14 таблеток на 10 литров воды)	60 мин
Посуда без остатков пищи	0,015% (1 таблетка на 10 литров воды)	15 мин
Пол, стены, столы в операционной, перевязочной, манипуляционной	0,1% (7 таблеток на 10 литров воды)	Влажная уборка
Пол, стены, предметы обстановки помещения: кровати, тумбочки, ветошь для мытья посуды	0,015% (1 таблетка на 10 литров воды)	Влажная уборка
Пол, стены в туалете, ванной, унитаза	0,06% (4 таблетки на 10 литров воды)	Протирание двукратное
Уборочный инвентарь после окончания работы, квачи после использования	0,2% (14 таблеток на 10 литров воды)	амачивание 60 мин

Режим дезинфекции и стерилизации раствором лизоформина.

Назначение рабочего раствора	Концентрация (%)	Приготовление 1 литра рабочего раствора			
		ода	Концентрация Лизоформина	Концентрация Бланизола	Время обеззараживания
Дезинфекция, совмещенная с предстерилизационной очисткой изделий медицинского назначения	1,5 %раствор лизоформина и 0,5 % раствор бланизола	80мл	15 мл	5 мл	30 мин
Стерилизация изделий медицинского назначения	8% раствор лизоформина	20 мл	80 мл	-	60 мин

Приготовление рабочих растворов средства Дюльбак ДТБЛ (Дюльбак макси)

Концентрация рабочего раствора (по препарату), %	Количество ингредиента (мл), необходимое для приготовления 1 л рабочего раствора	
	Средство	Вода
0,2	2,0	998,0
0,25	2,5	997,5

0,5	5,0	995,0
1,0	10,0	990,0
1,5	15,0	985,0
2,0	20,0	980,0
3,0	30,0	970,0
4,0	40,0	960,0
5,0	50,0	950,0

Режимы дезинфекции растворами средства Дюльбак ДТБЛ (Дюльбак макси) при инфекциях бактериальной этиологии (кроме туберкулеза)

Объекты обеззараживания	Концентрация раствора (по препарату),%	Время обеззараживания, мин	Способ обеззараживания
Поверхности помещений, предметы обстановки	0,25 0,5	30 15	Протирание
Белье, не загрязненное выделениями	0,2	30	Замачивание
Белье, загрязненное выделениями	0,25 0,5	60 30	Замачивание
Посуда без остатков пищи	0,2	30	Погружение
Посуда с остатками пищи	0,5	60	Погружение
Игрушки	0,2	30	Погружение
Предметы ухода за больными, не загрязненные кровью и другими биологическими жидкостями	0,25 0,5	60 30	Погружение
Санитарно-техническое оборудование	0,5 5,0	60 5	Протирание
			Двукратное протирание
Уборочный инвентарь	0,5	60	Замачивание

Приготовление 10%-ного основного осветленного раствора хлорной извести (10л)

Цель: использование для приготовления рабочих растворов различной концентрации для дезинфекции помещений, посуды, туалетов, выделений пациентов и др.

Оснащение:

- спецодежда – длинный халат, шапочка, фартук из клеенки, перчатки медицинские, респиратор, защитные очки, сменная обувь
- сухая хлорная известь в стандартной упаковке с указанием названия, даты приготовления, срока годности, активности по Cl – (хлору).
- емкости для дезрастворов (эмалированные, пластмассовые, из темного стекла) с соответствующей маркировкой
- документация: журнал приготовления 10%-ного раствора хлорной извести, журнал контроля сухого препарата по активному хлору
- деревянная лопатка для размешивания раствора
- средства личной гигиены: мыло, индивидуальное полотенце.

Обязательные условия:

- содержание активного хлора соответствует 25%.
- приготовление осуществлять в комнате с приточно-вытяжной вентиляцией, специальным инвентарем и освещением, при отсутствии людей.

- защитная одежда для персонала (халат, шапочка, перчатки)

Все действия необходимо проводить в спецодежде в целях соблюдения безопасности на рабочем месте, профилактика воздействия токсичных веществ на организм.

Порядок действий:

1. Отметить время начала процедуры для соблюдения методики приготовления раствора.

2. Налить в емкость небольшое количество воды для предупреждения распыления порошка из хлорной извести. Высыпать 1 кг сухой извести, размешивая деревянной лопаткой и разминая комочки, долить водой до 10 литров, перемешивая до однородной массы. Закрыть емкость крышкой, т.к. хлорная известь на свету теряет свои бактерицидные свойства.

3. Сделать отметку на бирке о времени приготовления, поставить свою подпись

4. Перемешивать раствор несколько раз в течение суток для обеспечения полного растворения сухого вещества в воде.

5. Слить через 24 часа отстоявшийся раствор в другую емкость с маркировкой: 10%-ный основной осветленный раствор хлорной извести (маточный), поставить дату приготовления, отметить в журнале учета, поставить свою.

В завершении процедуры необходимо вымыть руки, вытереть их насухо, снять спецодежду и закрыть на замок комнату для соблюдения правил охраны труда и правил хранения хлорсодержащих препаратов.

Приготовление 1%-ного основного рабочего раствора хлорной извести (10л)

Цель: использовать для дезинфекции помещений, туалетов, предметов ухода, посуды (согласно приказам по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима).

Оснащение:

- спецодежда – длинный халат, шапочка, фартук из клеенки, перчатки медицинские, сменная обувь, респиратор, защитные очки

- емкости для дезрастворов с соответствующей маркировкой

- 10%-ный осветленный раствор из хлорной извести (маточный)

- мерная посуда с маркировкой емкостью 1л и 10л (ведро)

- вода (9л)

- деревянная лопатка.

Обязательные условия:

- содержание активного хлора соответствует 0,25% в приготовленном растворе.

- раствор применяется после приготовления однократно.

Все действия необходимо проводить в спецодежде в целях соблюдения безопасности на рабочем месте, профилактика воздействия токсичных веществ на организм.

1. Проверить маркировку маточного раствора, ведра для рабочего раствора

2. Взять мерный сосуд на 1л, налить в емкость 1л 10%-ного основного осветленного раствора хлорной извести (маточного). Перелить в емкость для 1%-ного рабочего раствора (ведро), долить водой до 10 литров.. Размешать раствор деревянной лопаткой.

3. Закрыть крышкой, проверить маркировку, поставить дату приготовления раствора и подпись. Использовать для дезинфекции раствор непосредственно после приготовления.

Личная гигиена персонала детских учреждений. Одним из существенных факторов в соблюдении противоэпидемического режима в лечебно-профилактических, детских дошкольных и школьных учреждениях является личная гигиена медицинского персонала.

К работе в лечебно-профилактическом учреждении допускаются только здоровые, прошедшие медицинское обследование лица.

Медицинский работник должен иметь аккуратный и опрятный внешний вид. Медицинская сестра перед дежурством должна принять душ, одеть чистое белье. Руки надо мыть с мылом, а ногти коротко стричь. Платье для дежурства должно быть из легко стирающейся хлопчатобумажной ткани с короткими рукавами. Одежда должна быть установленной формы: белый халат, одетый на платье, и шапочка (косынка), закрывающая волосы, должны быть чистыми и выглаженными. На время дежурства сестра надевает специальную обувь (тапочки), позволяющую бесшумно передвигаться. Тапочки должны легко поддаваться дезинфекции. Халат, головной убор и тапочки после окончания дежурства (смены) оставляют в специально отведенном для медицинского работника шкафчике.

В отдельных случаях обязательным для медицинских работников является ношение маски, которая должна закрывать рот и нос. Обязательно ношение маски для персонала отделения новорожденных, детей грудного возраста, инфекционных палат и боксов, процедурного кабинета, а также в период эпидемий. Маски обычно изготовлены из марли, сложенной в 4 слоя, так как более тонкие пропускают микроорганизмы. Длительное ношение маски снижает ее эффективность как фильтра для микроорганизмов. Поэтому каждые 4 часа маску надо менять. Использованные маски кладут в отдельную посуду, кипятят и проглаживают горячим утюгом. В последние годы стали использовать одноразовые стерильные маски из нетканого текстиля.

Профилактика профессионального заражения в процедурном кабинете

После выполнения манипуляции медицинская сестра обязана продезинфицировать инструментарий и перевязочный материал в одном из предложенных растворов:

- 3%-ный раствор хлорамина – экспозиция 60 мин.
- 5%-ный раствор аламинола – экспозиция 60 мин.
- 2%-ный раствор дюльбака (и предстерилизационная очистка совмещены в одном процессе) – экспозиция 45 мин.
- 1,5%-ный раствор гипохлорида кальция – экспозиция 60 мин.
- 4%-ная перекись водорода – экспозиция 90 мин.
- 1%-ный раствор септабика (предстерилизационная очистка совмещены в одном процессе) – экспозиция 60-120 мин.
- 2%-ный раствор виркона – экспозиция 10 мин.
- 0,06%-ный раствор нейтрального аналита – экспозиция 60 мин.

Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук цельной кровью, плазмой или сывороткой крови, следует проводить в резиновых перчатках. Во время работы все повреждения на руках должны быть закрыты напальчником, лейкопластырем. При угрозе разбрызгивания крови следует работать в маске и защитных очках. Медперсоналу запрещены приём пищи, а также курение в лабораториях и помещениях, где проводят процедуры пациентам. Разборку, мойку, ополаскивание медицинского инструментария, использованных пипеток и лабораторной посуды, соприкасающихся с кровью людей, нужно проводить до предварительной дезинфекции, в резиновых перчатках. После любой процедуры, в том числе парентерального вмешательства, проводят тщательное двукратное мытьё рук в тёплой проточной воде с мылом. Руки необходимо вытирать индивидуальным полотенцем, сменяемым ежедневно, или салфеткой одноразового пользования. При обработке рук следует избегать частого применения дезинфектантов, которые способны вызвать раздражение кожи и дерматиты, в том числе облегчающие проникновение возбудителей инфекции. Для профилактики инфицирования вирусной и бактериальной инфекцией, передающейся через кровь или другие биологические жидкости пациента, в настоящее время в процедурном кабинете должна находиться так называемая «Аптечка при авариях», в состав которой обязательно входят перевязочный материал, ёмкости для разведения растворов, ундинка (стаканчик для промывания глаз), 70% раствор этилового спирта, 5% спиртовой раствор йода, 0,05% раствор перманганата калия, 1% раствор протаргола, 6% раствор водорода перекиси. В

случае загрязнения рук кровью (или другой биологической жидкостью пациента) следует немедленно щипающим движением пальцев руки удалить с кожи остатки крови (биологической жидкости) с помощью тампона, обильно смоченного 70% раствором этилового спирта, вымыть их тёплой проточной водой с мылом и повторно обработать новым тампоном, смоченным 70% раствором этилового спирта. В случае попадания брызг крови:

- на слизистую оболочку глаз – промыть глаза 0,05% раствором калия перманганата;
- на слизистую оболочку носовой полости – обработать её 1% раствором протаргола (закапать в нос);
- на слизистую оболочку полости рта – прополоскать рот 70% раствором спирта.

В случае загрязнения кровью поверхности рабочего стола во время манипуляции следует немедленно обработать стол ветошью, смоченной 6% раствором водорода перекиси с 0,5% моющим средством. После окончания работы необходимо протереть поверхность стола ветошью, смоченной в 3% растворе хлорамина Б.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.
3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Сестринское наблюдение за новорожденным ребенком

Цель занятия: научить студентов выполнять сестринские манипуляции при наблюдении за новорожденными

Вопросы для самоподготовки:

1. Первичный туалет новорожденного, взвешивание, пеленание
2. Аспирация слизи из носоглотки, уход после аспирации
3. Туалет пупочной ранки, обработка естественных складок кожи
5. Кормление (через зонд и из бутылочки).
6. Правила постановки газоотводной трубки

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Самостоятельная работа у постели больного, знакомство с данными лабораторно-инструментальных исследований. 2. Работа во вспомогательных отделениях	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.05-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа			

1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература
--------------------------------------------------------------------------------	-----------	--	------------

Аннотация темы.

Новорожденный ребенок (НР) – ребенок, находящийся в возрастном периоде с момента рождения до 28-дневного возраста. Главные особенности периода новорожденности в первые минуты и часы жизни заключаются в переходе от внутриутробных к внеутробным условиям существования. С первым вдохом начинают функционировать органы дыхания, включается малый круг кровообращения, претерпевают изменения условия кровообращения в большом круге – запусевают пупочные сосуды, прекращается ток крови в венозном (аранциевом) протоке, соединяющем пупочную и воротную вены, и сообщение между предсердиями; облитерируется артериальный (боталлов) проток между легочной артерией и аортой; изменяется кровоснабжение печени. Начинает выделяться кал, в начале в виде мекония. Включаются механизмы терморегуляции, новорожденный становится способным к сохранению гомеостаза

Уход за новорожденным ребенком. *Туалет новорожденного* проводится ежедневно при утреннем туалете НР, после каждого мочеиспускания и дефекации, а также после купания. Во избежание повреждения нежной кожи ребенка обрабатывать ее нужно только промокательными движениями. Лицо ребенка моют ватными шариками кипяченой водой; глаза обрабатывают разными ватными шариками, смоченными теплой кипяченой водой, каждый глаз промывают отдельным тампоном в направлении от наружного угла глаза к переносице. Носовые ходы протирают ватными фитильками, смоченными в стерильном растительном масле, кожные складки протирают ватными тампонами, обработанными стерильным вазелиновым, растительным маслом, детским кремом, либо слегка припудривают детской присыпкой. Туалет наружных слуховых проходов производят редко, их протирают сухими, ватными жгутиками. Полость рта здоровым детям не протирают, так как слизистые оболочки легко травмируются. Ногти новорожденному ребенку и ребенку грудного возраста нужно обрезать. Удобнее пользоваться ножницами с закругленными браншами или щипчиками для ногтей. *Гигиенические ванны* проводят после отпадения пуповинного остатка. Используют только кипяченую воду, температура которой 37-37,5С. Продолжительность вначале 3-5 минут, постепенно доводят до 7-10 минут. Температура в помещении должна быть 22-23С. Купание проводят за 40-50 минут до кормления. Мыло используют 1-2 раза в неделю. После ванны необходимо провести обработку кожи. В комплексе мероприятий по уходу за НР особое место занимают закаливание, гигиеническое воспитание ребенка, массаж.

Обработка пупочной ранки

Показание: открытая пупочная ранка.

Оснащение: стерильные ватные палочки, лоток для обработанного материала, 3%-ный раствор перекиси водорода, 70% - ный этиловый спирт, 5%-ный раствор перманганата калия, стерильная пипетка, набор для пеленания, приготовленный на пеленальном столике, резиновые перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.

Обязательное условие: при обработке пупочной ранки обязательно растягивать ее края (даже при образовавшейся корочке).

Подготовка к процедуре: перед началом процедуры необходимо объяснить маме цель и ход проведения процедуры, вымыть и осушить руки, одеть перчатки, подготовить необходимое оснащение, обработать пеленальный столик дезраствором и постелить на него пеленку. Распеленать ребенка в кроватке. Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка руками (руки загрязнены микрофлорой наружных пеленок). Подмыть ребенка (при необходимости), уложить ребенка на пеленальный стол.

Выполнение процедуры:

1. Хорошо растянуть края пупочной ранки указательным и большим пальцами левой руки для обеспечения максимального доступа к пупочной ранке.

2. Капнуть из пипетки в ранку 1-2 капли 3%-ного раствора перекиси водорода.

3. Удалить образовавшуюся в ранке «пену» стерильной ватной палочкой движением изнутри кнаружи (сбросить палочку в лоток), т.е. произвести механическое очищение пупочной ранки.

4. Сохраняя растянутыми края пупочной ранки, обработать ее стерильной ватной палочкой, смоченной 70%-ным этиловым спиртом движением изнутри кнаружи (сбросить палочку в лоток) для обеспечения дезинфицирующего и подсушивающего эффекта.

Примечание: обработка движениями изнутри кнаружи или от центра к периферии предупреждает занос инфекции в пупочную ранку.

5. Обработать кожу вокруг ранки этиловым спиртом с помощью ватной палочки движениями от центра к периферии (сбросить палочку в лоток).

6. Обработать (по необходимости) пупочную ранку (не затрагивая кожу вокруг ранки) 5%-ным раствором перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантовой зелени с помощью ватной палочки (сбросить палочку в лоток) для обеспечения дезинфицирующего и подсушивающего эффекта.

Примечание: «крепкий» раствор перманганата калия может вызвать ожог кожи.

Завершение процедуры: запеленать ребенка. Обработать поверхность матраца кровати дезраствором, вымыть и осушить после этого руки. Переложить ребенка в кроватку, убрать пеленку с пеленального стола и поместить ее в мешок для грязного белья. Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезраствором. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Правила пеленания. Доношенного новорожденного первые 2 - 3 недели лучше пеленать с ручками, а в последующем при соответствующей температуре воздуха ручки выкладывают поверх одеяла. Пеленание производят перед каждым кормлением, а детей с опрелостями или заболеваниями кожи – чаще. Пеленальный стол и клеенчатый матрац после пеленания каждого ребенка тщательно протирают 0,5 – 1% раствором хлорамина. На пеленальном столе пеленают детей без гнойных проявлений; при необходимости изоляции ребенка все манипуляции (в том числе пеленание) производят в кровати. При условии ежедневной стирки белья для детей первых месяцев жизни предусматривается определенный комплект белья

Комплект белья для детей первых месяцев жизни

Вид одежды	Количество на один день
Распашонки из х/б ткани	6-8
фланели	5-6
Пеленки из х/б ткани 100х100	20-24
Теплые из фланели	8-15
Подгузники из марли 50х50	20-24
Косынки тонкие на голову	2-3
Пододеяльники	2-3
Одеяло байковое	1
Шерстяное	1
Ватное	1
Клеенка детская для кровати 100х100	1

Тонкую распашонку запахивают на спине, а теплую – на груди ребенка. Рукава у теплой распашонки длиннее рук, зашивать их не следует. Нижний край распашонок должен прикрывать пупок. При пеленании ребенка кладут таким образом, чтобы верхний край пеленки доходил до подмышек. Подгузник или памперс помещают на промежность, после чего ребенка заворачивают в тонкую пеленку. Затем ребенка заворачивают в теплую пеленку. Если есть необходимость, ребенка накрывают сверху одеялом.

Кормление новорожденного через зонд. Алгоритм выполнения процедуры

- Представиться маме, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить информированное согласие на ее проведение.
- Обработать руки гигиеническим способом, осушить их, надеть перчатки
- Измерить длину, на которую нужно ввести зонд (расстояние от переносицы ребенка до конца мечевидного отростка грудины)
- Ребенка уложить на бок с приподнятым головным концом, подложить пеленку-валик.
- Вводят зонд по средней линии языка или через нос, смазав кончик зонда в молоке, молочной смеси или глицерине. До введения через нос носовой ход очищают жгутиком со стерильным растительным маслом
- Свободный конец зонда постоянно фиксируют рукой, чтобы он не инфицировался.
- Убедиться в правильности местонахождения зонда (ребенок не проявляет никакого беспокойства), при положении зонда ниже уровня тела в зонд поступает желудочный сок. Если этого не происходит, необходимо стерильным шприцом (2) отсосать содержимое до появления прозрачного желудочного сока. После этого до вливания пищи закрыть просвет зонда пробкой.
- Открыть просвет зонда, присоединить стерильный шприц с молоком (1), постепенно вливать приготовленное питание по каплям в желудок.
- После кормления зонд нужно промыть стерильным шприцом с кипяченой водой (3), закрепить лейкопластырем к щеке. Постоянный зонд вводится на 2-3 дня. Разовый извлекают после кормления.
- Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить их.
- Сделать запись о манипуляции в медицинской документации.
- Осложнения и профилактика.
- Попадание зонда в трахею — при этом ребенок синееет, начинает кашлять. В этом случае зонд необходимо извлечь, а ребенку дать подышать кислородом. Для профилактики срыгивания после кормления в кувезе (кроватке) положить ребенка на бок.

Правила постановки газоотводной трубки

Показания: - метеоризм; запоры; кишечника.

Противопоказания: - кровотечения; заболевания прямой кишки.

Оснащение: - стерильная газоотводная трубка (длина и диаметр зависят от возраста ребёнка: для дошкольников длина 15-30 см, диаметр 3 мм; для школьников длина 30-50 см, диаметр 5 мм); резиновые перчатки; - клеёнка, пелёнка; вазелин, шпатель, марлевая салфетка; ёмкость с дез. раствором; судно или ёмкость с водой..

Подготовка к процедуре

1. Объяснить маме / ребёнку цель и ход предстоящей манипуляции и получить согласие
2. Вымыть руки, надеть перчатки
3. Детей грудного возраста уложить на пеленальный стол на спину, под ягодицы подложить клеёнку с пелёнкой; ножки ребёнка слегка прижать к животу. Старшие дети лежат на кушетке или кровати с согнутыми в коленях ногами

Выполнение процедуры

1. Смазать закруглённый конец газоотводной трубки вазелиновым маслом
2. Перегнуть трубку, зажать её свободный конец 4 и 5 пальцами правой руки; взять закруглённый конец, как ручку
3. Раздвинуть ягодицы 1 и 2 пальцами левой руки, осторожно вращательными движениями ввести в прямую кишку газоотводную трубку, опустив её свободный конец в ёмкость с водой (газоотводная трубка вводится на глубину: н/р – 3-4 см, грудным детям – 7-8 см, 1-3 года – 8-10 см, 3-10 лет – 10-15 см, старшим – 20-30 см и более)
- ;4. Укрыть ребёнка одеялом
5. Извлечь трубку из ануса по достижении эффекта через 5-10 мин., но не более 20 мин. и поместить в лоток с дез. раствором

6. После отхождения газов и каловых масс подмыть ребёнка, обтереть, обработать кожу вокруг анального отверстия детским кремом или простерилизованным растительным маслом, одеть ребёнка

Завершение процедуры

1. Убрать клеёнку и пелёнку, поместить их в мешок для использованного материала.

Снять перчатки, поместить их в лоток с дез. раствором. Вымыть и осушить руки

2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции ребёнка

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Сестринское наблюдение за недоношенными новорожденными

Цель занятия: научить студента выполнять сестринские манипуляции при наблюдении за недоношенными новорожденными, проводить беседы с родителями, испытывающими трудности в формировании привязанности к недоношенному ребенку.

Вопросы для самоподготовки:

1. Организация охранительного режима

2. Проведение мониторинга наблюдения (эффективности дыхания, кровообращения, контроль диуреза)

3. Проведение утреннего туалета.

4. Определение суточного и разового количества пищи, кормление через зонд, из бутылочки..

5. Организация ухода в кувезе, дезинфекции кувезов

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Самостоятельная работа у постели больного, знакомство с данными лабораторно-инструментальных исследований. 2. Работа во вспомогательных отделениях Реферат: «Особенности вскармливания недоношенных детей»	8.25-8.40 8.40-8.50 8.50-9.00	ДРКБ	Реферат: «Особенности вскармливания недоношенных детей»
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.05-9.25 9.25-9.30	.	Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка.

Некоторые признаки используют для определения срока гестации. К ним относятся: кожные покровы, борозды на ступнях, ушные раковины, ареолы сосков, половые признаки. У глубоконедоношенного ребенка тонкая морщинистая кожа темно-красного цвета, обильно покрытая пушком (лануго). Ушные раковины мягкие, прилегают к черепу, при малом сроке гестации лишены рельефа, бесформенные вследствие недоразвития хрящевой ткани. Ареолы сосков недоразвиты, менее 3 мм, при глубоком недонашивании могут не определяться. Борозды на ступнях редкие, короткие, неглубокие, появляются на 37 неделе беременности, на 40-й неделе гестации они становятся многочисленными. Мошонка у мальчиков часто пустая, яички находятся в паховых каналах либо в брюшной полости. Для девочек характерно зияние половой щели – большие половые губы не прикрывают малые, хорошо виден гипертрофированный клитор. Недоношенный ребенок имеет относительно большую голову и туловище, короткие шею и ноги, низкое расположение пупочного кольца. Швы черепа и роднички открыты. Подкожный жировой слой не выражен.

Функциональные признаки недоношенности: мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов и двигательной активности, нарушение терморегуляции, слабый крик ребенка. Дети периодически беспокойны, отмечается непостоянный тремор подбородка и конечностей. Дыхание составляет 40-90 дыхательных движений в 1 мин, неравномерное по ритму и глубине, прерывается судорожными вдохами и паузами (апноэ) продолжительностью до 10-15 с, что чаще наблюдается у глубоконедоношенных детей с гипоксическими поражениями ЦНС. При более длительной остановке дыхания может развиваться асфиксия (удушьё). Частый синдром дыхательных расстройств (СДР) связан и с дефицитом выработки сурфактанта, обеспечивающего тургор альвеолярной мембраны, что приводит к ателектазу (спадению ткани легкого). Пульс лабилен, от 100-180 в минуту. Артериальное давление не превышает 60-70 мм рт. ст. Тонкая сосудистая стенка и ее низкий мышечный тонус могут привести к кровоизлияниям. Рефлексы сосания и глотания слаборазвиты. Нередко нарушение наблюдается координации сосания и глотания. Имеется склонность к срыгиванию, рвоте, метеоризму, запорам. Отсутствие кашлевого рефлекса способствует аспирации пищи. По сравнению с доношенным новорожденным у недоношенного еще более низкая сопротивляемость организма, частые инфекционные заболевания. Своеобразно у недоношенных детей развиваются пограничные физиологические состояния: более выражены и длительны физиологическая эритема, убыль первоначальной массы тела, желтуха. Незначительная по выраженности желтуха может сопровождаться билирубиновой энцефалопатии. Пуповинный остаток отпадает позже, чем у доношенных (на 5-7 день жизни), пупочная ранка заживает к 12-15-му дню, при массе менее 1000 г – на 1-2 недели позже.

Организация медицинской помощи. Основная цель первого этапа - сохранить жизнь ребенку. Недоношенный ребенок рождается в потоке теплого воздуха. После рождения выкладывается под лампу лучистого света в подогретые пеленки, первичный туалет чаще всего проводится без обмывания. Очень часто преждевременные роды происходят на дому и в таком случае необходимо в первую очередь обеспечить проходимость дыхательных путей ребенка (отсосать слизь) и согреть до приезда скорой помощи. В первые часы и дни после рождения при необходимости осуществляется интенсивная терапия, обеспечиваются тщательный уход и наблюдение за ЧДД, пульсом, температурой. Дети менее 1000 г переводятся в специализированное отделение для второго этапа выхаживания. Лечебные мероприятия направлены на ликвидацию гипоксии, нарушений мозговой ликвородинамики, желтухи, пневмопатии, профилактики анемии, рахита, гипотрофии, ретинопатии, СДР, инфекционных процессов и пр.

Особенности ухода. При выхаживании недоношенных необходимо создать комфортные микроклиматические условия. Температура в палате должна составлять 24-26 С, влажность – 60%. В зависимости от степени недоношенности ребенка и способности

его организма поддерживать постоянную температуру тела возможно выхаживание в кроватке с подогревом «беби-терм» или в кувезе. В кувезах поддерживается температура от 36С до 32С, влажность воздуха в первые сутки составляет до 90%, затем -60-55%, концентрация увлажненного кислорода – около 30%. При выхаживании недоношенного в кувезе все манипуляции как гигиенического, так лечебного характера производятся, не вынимая ребенка из кувеза, тщательно контролируется соблюдение параметров температуры, влажности и оксигенации. Ребенок находится в кувезе не более 7-10 дней (чем малыш становится старше, тем тяжелее ему будет привыкнуть и адаптироваться к условиям окружающей обстановки), затем обогревается в кроватке «беби-терм» и только потом в обычной кроватке в палате с температурой воздуха 24-26С. Каждые 3-4 дня ребенку меняют кувез, т.к. высокая температура и влажность способствуют быстрому размножению микробов, находящихся в воздухе и повышают риск инфицирования недоношенного. В помещении, где находится недоношенный ребенок необходимо тщательно соблюдать санитарно-эпидемиологический режим. В целях профилактики развития ретинопатий, особенно у глубоко недоношенных детей, рекомендуется в первые дни жизни затенять помещение, где находится ребенок или надевать ему защитные очки.

Медицинский уход за недоношенным ребенком требует огромного количества лечебных процедур, поэтому медики стараются максимально уменьшить или компенсировать стресс следующими способами: устраняют лишний шум. 10% недоношенных младенцев рождаются с глухотой и сенсоневральной тугоухостью. Шум нарушает формирование слуховых путей, а понижение уровня шума снижает вероятность развития тугоухости; устраняют яркий свет. Для этого инкубаторы накрывают светонепроницаемыми пленками.

Вскармливание недоношенных детей. Самой полезной для недоношенного ребенка едой является материнское молоко, содержащее защитные антитела, сбалансированные пропорции незаменимых аминокислот для формирования ткани мозга, оно лучше переваривается и усваивается. При отсутствии материнского молока недоношенных детей обеспечивают донорским молоком, в исключительных случаях используют специальные адаптированные молочные смеси для недоношенных и маловесных детей. Время первого кормления ребенка определяется индивидуально. Число кормлений в зависимости от степени недоношенности и общего функционального состояния составляет 8-10 раз в сутки (потребность в росте и соответственно еде огромна, а объем желудка очень мал). Если у недоношенного ребенка есть и глотательный и сосательный рефлекс, он может быть приложен к груди, но обычно в силу функциональной слабости несколько раз ребенок сам высасывает молоко из груди, а на несколько кормлений получает сцеженное материнское молоко из бутылочки. Дети со слабым сосательным рефлексом кормятся материнским молоком с ложечки, а при отсутствии и сосательного, и глотательного рефлекса получают молоко через зонд 7-8 раз в сутки. Количество пищи на одно кормление в первый день жизни обычно составляет 5-10 мл молока, во второй -10-15 мл, третий -15-20 мл. Формула Ромелля: $(10+n) \times m: 100$, где n-число дней жизни, m-масса ребенка в граммах - используется для расчета суточного количества пищи в первые 10 дней жизни.

Дезинфекция кувезов (инкубаторов).

Дезинфекцию кувезов проводят дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию кувезов.

Для дезинфекции кувезов не допускается применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

Дезинфекцию наружных поверхностей кувезов с целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении,

оснащенном ультрафиолетовыми облучателями. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.

Обработку кувезов проводят после перевода новорожденного или не реже 1 раза в 7 дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретной модели.

Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувеза, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух.

Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения. После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пленкой, обильно смоченными стерильной водой (100 - 150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованного для конкретного используемого средства.

Закончив обработку, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Измерение основных физических показателей у детей

Цель занятия: научить студентов антропометрии у детей разных возрастных групп

Вопросы для самоподготовки:

1. Понятие об антропометрии
2. Измерение роста, массы тела в разных возрастных группах
3. Измерение окружности головы и окружности груди
4. Понятие о динамометрии, спирометрии, велоэргометрии

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах методики измерений основных физических	8.25-8.40	ДРКБ Симуляционный класс	Фантомы

	показателей у детей) 2. Самостоятельная работа у постели больного, проведение антропометрии у детей разных возрастных групп Реферат: «Методы оценки физического развития детей»	8.40-8.50 8.50-9.00		Реферат: «Методы оценки физического развития детей»
3	Заключительный 1.Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2.Заключение по занятию, задание на дом	9.05-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Антропометрия (anthropos — человек, metreo — измерять) — совокупность методов и приемов измерений морфологических особенностей человеческого тела. В педиатрии антропометрия используется при наблюдении за ростом и развитием детей.

Измерение длины тела у детей первого года жизни производят с помощью специального ростомера в виде доски длиной 80 см и шириной 40 см. На его боковой стороне нанесена сантиметровая шкала, вдоль которой скользит подвижная поперечная планка. Ребенка укладывают на ростомер на спину так, чтобы его макушка плотно прилегала к неподвижной поперечной планке ростомера. Помощник фиксирует голову ребенка в положении, при котором наружный край глазницы и козелок уха находятся в одной вертикальной плоскости. Легким надавливанием на колени распрямляют ноги и плотно подводят под пятки подвижную планку ростомера. Расстояние между подвижной и неподвижной планками соответствует длине тела ребенка

Определение массы тела ребенка производят на чашечных весах с максимальной нагрузкой до 25 кг (точность измерения — 10 г), которые состоят из лотка и коромысла с двумя шкалами делений: нижняя — в килограммах, верхняя — в граммах. Перед началом взвешивания весы уравнивают. Затем, при закрытом коромысле, на весы и ранее взвешенную пеленку укладывают полностью раздетого ребенка таким образом, чтобы его голова и плечевой пояс находились на широкой части лотка, а ножки — на узкой. При взвешивании нижняя гиря должна помещаться только в имеющиеся на шкале вырезки (насечки). После определения массы тела коромысло закрывают, ребенка снимают с весов и после этого считывают результат (из показаний весов необходимо вычесть вес пеленки). В последнее время широко используют электронные весы, которые значительно упрощают взвешивание.

Измерение окружностей проводят с использованием сантиметровой ленты. Необходимо следить, чтобы лента плотно прилегала к мягким тканям, а считываемый результат находился перед глазами исследующего. Для измерения окружности головы сантиметровую ленту накладывают сзади на затылочные бугры, а спереди — по надбровным дугам. При измерении окружности груди измерительную ленту накладывают сзади под нижними углами лопаток при отведенных в сторону руках. Затем руки опускают и проводят ленту спереди к месту прикрепления IV ребра к груди.

Клиническая антропометрия включает не только умение произвести измерения тела, но и осмыслить их результаты.

Динамометрия — методика измерения силы отдельной мышцы или группы мышц при помощи специальных приборов — динамометров. Кистевая динамометрия — измерение

силы мышц-сгибателей пальцев. Динамометрия кисти выглядит как одномоментное максимальное воздействие на прибор мышечных волокон. При разогнутом предплечье исследуемый сжимает ручной динамометр одной кистью. Исследование проводится для обеих конечностей, после чего производится сравнение полученных данных. При помощи реверсивного прибора проводят исследование также для разгибателей предплечья, сгибателей бедра и голени

Становая динамометрия – измерение силы мышечных групп, выпрямляющих туловище. Нижняя планка станového динамометра должна быть зафиксирована под ступнями испытуемого. Исследуемый обхватывает верхнюю планку кистями рук и тянет вверх. При этом он пытается выпрямиться при разогнутых в коленях нижних конечностях. Помимо станových, реверсивных и ручных пружинных динамометров существуют ртутные приборы, в которых мышечная сила определяется как уровнем давления на датчик при помощи ртутного манометра.

Динамография – вид исследования, который позволяет регистрировать мышечные сокращения в виде серии кривых на графике. Этот метод показывает длительное мышечное усилие мышцы или группы мышц в динамике. Динамография используется в курортологии, неврологии. Выражаются показатели динамометрии абсолютными величинами или относительными (по отношению к чему-либо, к массе, например). Данные измерения учитываются антропометрией, в физиологии, в гигиене спорта и спортивной медицине. Также полученные результаты используют для оценки степени физического развития.

Динамометрия у детей различного пола и возраста дает разные результаты, несмотря на одинаковую методику проведения. Измерение проводится два раза, через небольшую паузу для отдыха. Нормы показателей силы правой кисти у мальчиков: от 8 до 11 лет варьируются от 13,0 до 18,5 кг; от 12 до 15 лет – от 21,6 до 37,6 кг; от 16 до 19 лет – от 45,9 до 51,0 кг. Для девочек эти нормы имеют гораздо меньшие значения: от 8 до 11 лет соответственно норма от 9,8 до 17,1 кг; от 12 до 15 лет норма равна от 19,9 до 28,3; от 16 до 19 лет от 31,3 до 33,8 кг.

Спирометрия – это исследование функции дыхания, при котором специалисты определяют его объем и скорость. Такое исследование необходимо для диагностики заболеваний, так или иначе связанных с нарушением функции дыхательных органов, или же недостаточным кислородным обменом в организме. Спирометрия имеет несколько показателей:

ЖЕЛ – жизненная емкость легких;

ФЖЕЛ – при форсированном выдохе вычисляется разница между объемами воздуха в легких в начале и конце выдоха;

ОФВ1 – объем выдоха в первую секунду;

ПОС – скорость выдоха;

МОС – скорость движения воздуха во время выдоха

Велоэргометрия – проба с дозированной физической нагрузкой с одномоментной регистрацией ЭКГ, выполняемая для выявления скрытой коронарной недостаточности, преходящих нарушений ритма и установления индивидуальной переносимости большим физической нагрузки.

Для проведения велоэргометрии на тело пациента накладываются электроды и манжета для измерения артериального давления. Задается определенная физическая нагрузка (крутить педали велотренажера), которая постепенно увеличивается. Физическая нагрузка подбирается индивидуально с учетом возраста пациента и его состояния. Во время проведения велоэргометрии больного просят сообщать врачу о своих ощущениях или появлении болей. Исследование прекращают при достижении определенной частоты сокращений сердца или в связи с изменениями на ЭКГ, появлением боли или усталости

пациента. Снятие ЭКГ и измерение артериального давления проводится еще 5-10 минут после прекращения исследования для оценки периода восстановления.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Кормление ребенка первого года жизни

Цель занятия: разъяснить студентам преимущества грудного вскармливания, изучить сестринский процесс при вскармливании детей грудного возраста

Вопросы для самоподготовки:

1. Техника кормления ребенка грудью.
2. Контрольное кормление.
3. Кормление ребенка из бутылочки, с ложки.
4. Техника обработки бутылочек и сосок после кормления.
5. Расчет суточного и разового объема пищи ребенку первого года жизни.
6. Технология приготовления основных видов детского питания.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Самостоятельная работа у постели больного, знакомство с листами питания 2. Работа во вспомогательных отделениях Реферат: «Особенности организации сестринского процесса при уходе за детьми раннего возраста, находящимися на лечении в стационаре без родителей»	8.25-8.40 8.40-8.50 8.50-9.00	ДРКБ	Истории болезни, листы питания Реферат: «Особенности организации сестринского процесса при уходе за детьми раннего возраста, находящимися на лечении в стационаре без родителей»
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.05-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Кормление детей первого года жизни. Различают три вида вскармливания: естественное (грудное), смешанное и искусственное.

Уникальность и незаменимость грудного вскармливания

Естественным (грудным) называется вскармливание ребенка молоком матери. Грудное молоко является идеальной пищей ребенка первого года жизни, созданного самой природой. Оно имеет оптимальный состав по количеству белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ для обеспечения интенсивного роста при незрелой системе органов пищеварения и метаболизма. С молоком матери ребенок получает ферменты и гормоны. Женское молоко является фактором иммунной защиты ребенка от вредных воздействий, поступает ребенку в стерильном виде с оптимальной температурой. Естественное вскармливание ускоряет процесс восстановления организма женщины после родов, так как рефлекторная связь между молочными железами и маткой способствует сокращению матки и восстановлению ее прежних размеров. Процесс естественного вскармливания имеет большое значение как поведенческий фактор: оказывает благоприятное эмоциональное действие на мать и на ребенка, способствует более быстрому пробуждению чувств материнства, а так же установлению между матерью и ребенком прочного долготелетнего психологического контакта.

Никакие молочные смеси, даже приближенные по составу к женскому молоку, его заменить не могут. Долг и обязанность любого медицинского работника, будь то врач или медицинская сестра, постоянно подчеркивать преимущества женского молока, прилагать все усилия к тому, чтобы каждая мать кормила ребенка грудью как можно продолжительное время.

Техника грудного вскармливания. Контроль за правильностью прикладывания к груди и эффективностью сосания является важной задачей медицинского персонала родовспомогательных учреждений, врачей и патронажных сестер амбулаторной сети. Прежде всего необходимо оценить, правильно ли расположен младенец. Голова ребенка должна быть выпрямлена или слегка отклонена назад. Тело должно быть повернуто к матери и расположено близко («живот к животу»). Нос ребенка должен быть на уровне соска. Мать должна поддерживать все тело младенца. При выполнении этих правил создаются условия для свободного попадания молока в пищевод при сосании и ребенок не напрягается, находясь в неудобном положении, и расслабляется от близости к теплу и запаху тела матери. Чтобы ребенок правильно захватил грудь, нужно: коснуться губ ребенка соском; подождать, пока ребенок широко откроет рот; быстро приблизить ребенка к груди, стремясь, чтобы нижняя губа ребенка была достаточно низко под соском. Существуют 4 правила правильного прикладывания к груди, выполнение которых обеспечивает эффективное сосание, достаточный приток молока и сохранность сосков матери: 1. подбородок ребенка касается груди матери или находится очень близко; 2. рот ребенка широко открыт (угол между губами более 90 градусов); 3. нижняя губа вывернута наружу; 4. большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу.

Младенец сосет эффективно, если он делает медленные глубокие сосательные движения с паузами, можно слышать, как он глотает, у него не втягиваются, «не парусят» щеки, он выглядит умиротворенным. Длительность сосания составляет около 20-30 мин. Кормление ребенка проводят по его требованию, обязательны ночные кормления.

Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка:

- Отсутствие сосательного рефлекса, дискоординация между сосанием и глотанием (недоношенность, тяжелые формы поражения ЦНС).
- Тяжелые соматические заболевания, нарушающие акт сосания.
- Пороки развития верхней и нижней челюсти, неба, не позволяющие совершать акт сосания.
- Наследственные болезни обмена веществ, например, галактоземия, фенилкетонурия, болезнь кленового сиропа и др.

Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери:

- Прием матерью цитостатиков, других химиопрепаратов, медикаментов, абсолютно противопоказанных при кормлении грудью.
- Злокачественная опухоль молочной железы.
- Злокачественные опухоли другой локализации в стадии метастазирования.
- Острый период мастита (при лактостазе наоборот необходимо частое прикладывание к груди).
- Высокий титр антител в грудном молоке при тяжелой форме изоиммунной гемолитической болезни новорожденного в первые 7—10 дней жизни.
- ВИЧ-инфекция у матери.

Во всех других случаях грудное вскармливание не противопоказано!!!!

При **искусственном вскармливании** грудное молоко или полностью отсутствует, или доля его составляет менее 1/5 суточного объема питания. **Смешанное вскармливание** – это сочетание кормление ребенка первого года жизни грудным молоком (не менее 1/5 суточного объема) и адаптированными детскими молочными смесями. Молочные смеси, которые используют для восполнения недостающего объема грудного молока, называют **докормом**.

Кормление ребенка при смешанном и искусственном вскармливании преимущественно осуществляется через соску из бутылочки. Используют градуированные бутылочки вместимостью 200—250 мл (цена деления 10 мл). На бутылочку надевают соску с дырочкой. Дырочку в соске прокалывают иглой, прокаленной над пламенем. Отверстие в соске должно быть небольшим, чтобы при переворачивании бутылочки молоко вытекало каплями, а не лилось струей. Или используют бутылочки и соски промышленного производства с готовым отверстием (например бутылочки фирмы «Авент», « Доктор Браун» и др.) В простерилизованную бутылочку наливают кипяченую воду, мерной ложкой добавляют сухую молочную смесь и бутылочку встряхивают. Затем на бутылочку надевают чистую соску. После кормления бутылочку моют содой при помощи ерша.

При кормлении бутылочку надо держать так, чтобы горлышко ее все время было заполнено молоком, иначе ребенок будет заглатывать воздух, что часто приводит к срыгиванию и рвоте. Ребенка держат на руках в таком же положении, как при кормлении грудью, либо в положении на боку с подложенной под голову небольшой подушечкой.

Во время кормления нельзя отходить от ребенка, нужно поддерживать бутылочку, следить за тем, как ребенок сосет. Нельзя кормить спящего ребенка. После кормления нужно тщательно обсушить кожу вокруг рта ребенка, малыша осторожно приподнять и перевести в вертикальное положение для удаления заглоченного при кормлении воздуха.

Для лучшего усвоения пищи необходимо соблюдать установленные часы кормлений. Если общее состояние не нарушено и аппетит сохранен, то режим питания больных может быть такой же, как здоровых детей того же возраста (детей до 2 мес кормят 7—8 раз, до 5 мес — 6 раз, с 5 мес до 1—1,5 лет — 5 раз). При тяжелом состоянии ребенка, плохом аппетите кормят более часто (через 2—3 ч) и порциями меньшего объема. При искусственном вскармливании объем высосанной молочной смеси определяют по градуированной шкале бутылочки. Количество высосанного молока из груди матери или смеси из бутылочки отмечают после каждого кормления в индивидуальном сестринском листе, заполняемом на каждого ребенка грудного возраста.

Правила стерилизации сосок и бутылочек. Грязные соски тщательно моют сначала в проточной воде, а потом теплой водой с содой (0,5 чайной ложки пищевой соды на стакан воды), при этом их выворачивают наизнанку. Затем соски кипятят в течение 10—15 мин. Стерилизация сосок проводится раз в день, обычно в ночное время. Проводит ее молочная медицинская сестра. Чистые резиновые соски сохраняют сухими в закрытой (стеклянной или эмалированной) посуде с маркировкой "Чистые соски". Чистые соски

достают стерильным пинцетом, а затем чисто вымытыми руками надевают на бутылочку. Использованные соски собирают в посуду с маркировкой "Грязные соски".

Стерилизация бутылок производится на молочном посту. Сначала бутылки обезжиривают в горячей воде с горчицей (50 г сухой горчицы на 10 л воды), затем моют с помощью ерша, промывают проточной водой снаружи и изнутри (используют устройство в виде фонтанчиков для ополаскивания бутылок) и ополаскивают. Чистые бутылки горлышком вниз помещают в металлические сетки, а когда стекнут остатки воды, бутылочки в сетках ставят в сухожаровой шкаф на 50—60 мин (температура в шкафу 120—150 °С). Бутылочки можно стерилизовать кипячением. Для этого их помещают в специальную посуду (бак, кастрюлю), заливают теплой водой и кипятят 10 мин. Хранят стерильные бутылочки с горловинами, закрытыми стерильными ватно-марлевыми тампонами, в отдельно выделенных для этого шкафах.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Кормление тяжелобольных. Зондовое питание.

Цель занятия: изучить сестринские манипуляции, необходимые при кормлении тяжелобольных детей.

Вопросы для самоподготовки:

1. Питание детей в больнице, понятие о диетах
2. Кормление тяжелобольного ребенка ложкой и с помощью поильника
3. Организация питания тяжелобольных детей через зонд
4. Осложнения при зондовом способе питания

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	
2	Основной этап 1. Самостоятельная работа у постели больного, знакомство с листами питания 2. Работа в симуляционном классе (отработка на фантоме методики зондового питания)	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ Симуляционный класс	Фантомы
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.05-9.25 9.25-9.30		
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		

Аннотация темы. Дети, находящиеся на стационарном лечении, помимо лекарственной терапии, нуждаются в лечебном питании. Назначение адекватной диеты способствует повышению эффективности лечения. Диета представляет собой рацион питания человека, предусматривающий определенные количественные и качественные соотношения пищевых веществ и продуктов, способы кулинарной обработки, а также интервалы в приеме пищи.

В детских больницах используют в основном 2 системы питания. Первая система централизованного питания предложена Ю.К. Полтевой и включает в себя 3 основных режима, обозначаемые условно буквами:

I режим: А - мясо-молочно-растительный,

II режим: Б - молочно-растительный, гипохлоридный,

III режим: БА – мясо-молочно растительный, гипохлоридный.

Каждый из этих режимов имеет несколько форм, отличающихся одна от другой по кулинарно-технологической обработке продуктов, химическому составу, калорийности и объему суточного рациона. Режим А имеет шесть форм: рационы, обозначаемые как А1, А2, А3, А4, А5, А6; Режим Б имеет четыре формы - рационы Б1, Б2, Б3, Б4; Режим БА имеет четыре формы - рационы БА1, БА2, БА3, БА4.

При форме 1 предусмотрена форма кулинарной обработки продуктов, принятая для кормления здоровых детей школьного возраста.

При форме 2 применяется легкое механическое щажение (рубка, шинковка, разваривание до мягкости, легкая обжарка). Разрешаются овощи, фрукты, ягоды в натуральном виде. Хлеб ржаной и пшеничный.

При форме 3 предусматривается умеренная степень механического и химического щажения. Применяется рубка, мелкая шинковка, разваривание до мягкости, приготовление на пару, Фрукты, ягоды в виде пюре и соков. Хлеб только пшеничный.

Форма 4 имеет выраженную степень механического и химического щажения. Рекомендуются пюреобразное приготовление блюд. Фрукты и ягоды в виде пюре и соков. Хлеб пшеничный в виде сухарей.

При формах 5 и 6 используется максимально строгая форма механического и химического щажения. Вся пища дается в жидком и полужидком виде. Овощи, фрукты, ягоды - в виде соков.

Эта групповая система питания обеспечивает больных детей как лечебным, так и рациональным питанием. Так режим А форма 1 - рациональное питание для детей 10-14 лет, усиленная для детей 7-10 лет. Форма 2 - рациональное питание для детей 4-10 лет, разгрузочное для детей старше 10 лет. Форма 3 рациональный стол для детей 1,5-3 лет, лечебное для детей старше 3 лет. Форма 4 - рациональное питание для детей 8-12 месяцев и лечебное для детей старшего возраста. Форма 5 является только лечебным столом.

Вторая система питания детей в больнице предусматривает применение модифицированной номенклатуры лечебных столов. Обозначаемых номерами от 1 до 14, а также общих столов № 15 и 16. По этой номенклатуре различают общие столы № 15 - для детей от 3 до 15 лет. № 16 - для детей от 1 года 3 месяцев до 3 лет. Эти столы обеспечивают физиологические потребности ребенка в пищевых ингредиентах при отсутствии показаний для лечебного питания.

К лечебным столам относят следующие:

Стол №1а, 1б, 1в - применяются при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в периоды «острой» эпителизирующей язвы; хронический гастродуоденит в стадии обострения или неполной клинической ремиссии).

Буквами «а», «б», «в» обозначены разные способы кулинарной обработки:

- «а» - максимально строгое механическое и химическое щажение, вся пища дается в жидком и полужидком виде;

- «б» - строгое механическое и химическое щажение, пюреобразные блюда;

- «в» - умеренное механическое и химическое щажение - рубка, шинковка, разваривание до мягкости, приготовление на пару.

Общая характеристика: умеренное механическое и химическое щажение слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта, ограничение стимуляторов желудочной секреции и веществ, длительно задерживающихся в желудке. Прием пищи 5—6 раз, поваренной соли до 8—10 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб пшеничный вчерашний, сухой бисквит. Супы на слизистом отваре с добавлением протертых вареных овощей и круп, яично-молочной смеси, сливок. Нежирные сорта рыбы, мяса и птицы, в основном рубленые, парового приготовления или отваренные в воде. Овощи в вареном и протертом виде (пюре, паровые суфле). Протертые каши (кроме пшенной) с добавлением молока или сливок, паровые пудинги, отварная вермишель. Яйца всмятку, паровые омлеты, блюда из взбитых яичных белков (снежки, меренги). Кисели, желе, муссы, протертые компоты из сладких сортов ягод, фруктовые и ягодные соки пополам с водой и сахаром, мед, варенье из сладких сортов ягод и фруктов, яблочный мармелад. Молоко цельное, сгущенное, сливки, свежая сметана, свежий нежирный творог. Чай некрепкий с молоком, отвар шиповника с сахаром. Масло сливочное и растительное (оливковое, подсолнечное).

Запрещаются капуста белокочанная, репа, редька, брюква, редис, щавель, шпинат, лук, чеснок, грибы, бобовые, пряности и кофе.

Стол № 2 - острые гастриты, хронические гастриты со сниженной желудочной секрецией, энтериты и колиты в период реконвалесценции (выздоровления) как переход к рациональному питанию, колиты в период ремиссии.

Общая характеристика: диета физиологически полноценная с исключением продуктов и блюд, являющихся нагрузочными для желудочно-кишечного тракта, долго задерживающихся в желудке, трудно перевариваемых, но способствующая повышению желудочной секреции. Прием пищи дробный, 4 - 5 раз в сутки, поваренной соли до 15 г в сутки (дети старшего школьного возраста).

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб пшеничный вчерашний, 1 - 2 раза в неделю ограниченное количество сдобных булочек или печеных пирогов. Супы на обезжиренном мясном и рыбном бульоне с различными крупами (кроме пшена), вермишелью, овощами. Нежирные сорта мяса и птицы, отваренные куском или рубленые, жареные в панировке и запеченные. Рыба нежирная куском или рубленая, отварная, жареная без панировки. Овощи вареные, тушеные и запеченные кусочками; в виде пюре; овощные запеканки. Рассыпчатые каши (кроме пшенной и перловой) на воде с добавлением молока. Яйца всмятку; паровые, запеченные и жареные омлеты; блюда из взбитых яичных белков. Кисели, компоты, желе, муссы из сладких сортов ягод и фруктов, в сыром виде сладкие сорта ягод и фруктов (клубника и др.), печеные яблоки, мармелад, сахар. Молоко пресное только в блюдах; кисломолочные продукты (кефир, ацидофилин); творог свежий, не кислый сырой и запеченный. Зелень укропа, петрушки, корица, гвоздика, ваниль, в небольших количествах лавровый лист, душистый перец, соусы мясные, рыбные, сметанные и на овощном пюре. Чай, кофе с молоком, отвар шиповника, черной смородины. Масло сливочное и подсолнечное. Запрещаются бобовые и грибы.

Стол № 3 – хронические заболевания кишечника с преобладанием запора в периоды обострения и неполной клинической ремиссии.

Общая характеристика: увеличение в диете продуктов, богатых растительной клетчаткой, и продуктов, усиливающих моторную функцию. Прием пищи 3 раза, поваренной соли до 12—15 г в сутки (дети старшего школьного возраста).

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб пшеничный из муки грубого помола или с добавлением пшеничных отрубей, при хорошей переносимости разрешается черный хлеб (орловский, ржаной). Супы на некрепком обезжиренном мясном, рыбном бульонах, овощном отваре (преимущественно с овощами). Мясо нежирных сортов - говядина, телятина, курица и др. Нежирная рыба (треска, карп, судак и т.д.) отварная, паровая,

заливная, куском, иногда в рубленном виде. Разнообразные овощи: сырые и вареные на гарнир, в виде салатов, овощных запеканок (свекла, морковь, помидоры, тыква и др.). Каши рассыпчатые (гречневая, перловая). Яйца всмятку или в виде паровых омлетов. Свежие, спелые, сладкие фрукты и ягоды сырые и в блюдах в повышенном количестве. Молоко в блюдах и к чаю. Кефир, ацидофилин, ряженка, простокваша и др. Сыр неострый. Чай, отвар шиповника, соки фруктовые сладкие (особенно сливовый, абрикосовый), овощные (томатный, морковный и др.). Масло сливочное и оливковое в блюдах.

Запрещаются овощи, богатые эфирными маслами (репа, редька, лук, чеснок, редис), грибы.

Стол № 4 - острые и хронические заболевания кишечника в период профузных поносов и выраженных диспепсических явлений, синдром мальабсорбции.

Общая характеристика: резкое ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта с исключением продуктов и блюд, усиливающих моторную функцию кишечника. Прием пищи 5 - 6 раз, поваренной соли 8 - 10 г в сутки (дети старшего школьного возраста).

Перечень рекомендуемых блюд: сухари из высших сортов белого хлеба, тонко нарезанные. Супы на слабом обезжиренном мясном или рыбном бульоне с добавлением слизистых отваров, паровых или сваренных в воде мясных или рыбных кнелей, фрикаделек, яичных хлопьев. Паровые или сваренные в воде мясные и рыбные котлеты, фрикадельки, суфле из отварного мяса или рыбы. Мясо нежирное в рубленном виде, вареное или паровое. Птица и рыба нежирная рубленая (вареная или паровая). Протертые каши на воде или обезжиренном мясном бульоне (рисовая, овсяная, гречневая, манная). Яиц (при хорошей переносимости) не более 1 - 2 шт. в виде паровых омлетов. Кисели, желе из черники, спелых груш и других ягод и фруктов, богатых дубильными веществами. Чай натуральный, какао на воде, отвар шиповника, черники, черемухи.

Запрещаются макаронные изделия, молоко, соусы, пряности, закуски, соленья, копчености, бобовые. Ограничиваются сахар и сливочное масло.

Стол № 5 - хронические гепатиты, дискинезия желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь. Острый гепатит в период выздоровления.

Общая характеристика: максимальное щажение печени. Исключаются сильные стимуляторы секреции желудка и поджелудочной железы (экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами), жареные блюда, содержащие продукты неполного расщепления жира (акролеины и альдегиды), тугоплавкие жиры, продукты, богатые холестерином, пуринами, щавелевой кислотой.

Повышено содержание липотропных веществ, клетчатки, пектинов, жидкости. Прием пищи дробный (5 - 6 раз в сутки), поваренной соли 8 - 10 г в сутки (дети школьного возраста).

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб вчерашний пшеничный и ржаной, сухари, сухой бисквит. Супы на овощном отваре с различными крупами и овощами, молочные, фруктовые. Нежирные сорта мяса и птицы - отваренные, запеченные после отваривания. Рыба нежирная отварная или паровая, куском и рубленая. Овощи и зелень в сыром, отварном и печеном виде (салаты, винегреты), некислая квашеная капуста. Блюда из яичных белков (паровые и запеченные белковые омлеты, снежки, меренги). Различные сладкие сорта ягод и фруктов, свежие и сушеные, в натуральном виде и в блюдах. Сахар, мед, мармелад, зефир, ирис, варенье, пастила. Молоко пресное в натуральном виде и в блюдах, кисломолочные напитки, творог свежий, сыр. Яйца в блюдах. Чай некрепкий с молоком и без молока; фруктовые, ягодные, овощные соки, отвар шиповника. Масло сливочное и растительное (не жарить, добавлять в готовые блюда).

Запрещаются репа, редька, редис, щавель, шпинат, лук, чеснок, грибы, пряности, какао.

Стол № 6 - уратные (повышенное образование солей мочевой кислоты) и оксалатные (повышенное образование солей щавелевой кислоты) нефропатии.

Общая характеристика: ограничение продуктов, богатых пуринами, щавелевой кислотой, кальцием, ограничение белков, жиров. Увеличивают количество жидкости. Прием пищи 3 - 4 раза, поваренной соли до 6—8 г (дети старшего школьного возраста) в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: нежирная говядина, баранина, свинина, рыба. Молоко, молочные и кисломолочные продукты, яйца. Картофель, рис, макароны, блюда из круп, морковь, дыня, капуста, огурцы, лук, томаты, фрукты (виноград, слива, вишня, груша, персики, абрикосы и др.), ягоды.

Запрещаются потроха (печень, почки, легкие, мозги), мясной навар, мясо молодых животных (телятина, цыплята, поросята), чай, кофе, какао, шоколад, острые сыры, консервы, колбасы. Ограничивают зеленый горошек, бобы, чечевицу, щавель, шпинат, салат, ревень, редис, грибы.

Стол № 7 - нефрит без экстраренальных (внепочечных) проявлений и признаков декомпенсации почек.

Общая характеристика: ограничение белка и поваренной соли до 3 - 5 г, жидкости до 800 - 1000 мл; экстрактивных веществ, острых приправ; максимальная витаминизация диеты за счет введения фруктовых и овощных соков и добавления витамина С.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб белый или из отрубей без соли, супы вегетарианские без соли с овощами и крупами. Нежирные сорта мяса, птицы, рыбы (до 30 - 50 г в день). Овощи в натуральном, отварном виде, винегреты, салаты (без соли). Крупы и макаронные изделия в виде каш, пудингов. Яйцо - 0,5 - 1 штука. Фрукты и ягоды в любом виде, мед, сахар, варенье. Молоко и кисломолочные продукты, творог. Масло сливочное и растительное.

Запрещаются бобовые, сливки, сметана.

Столы № 7а, 7б, 7в применяются при заболеваниях почек с признаками почечной недостаточности. Это хлоридные диеты с ограничением белка и жидкости и постепенным приближением к полноценному питанию (диета №7), обычному водному режиму.

Стол № 8-ожирение. *Общая характеристика:* ограничение энергетической ценности на 20 - 50% (в зависимости от степени ожирения и физической нагрузки) главным образом за счет углеводов и жиров при увеличении количества белка. Ограничение поваренной соли и жидкости. Прием пищи –5-6 раз.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб ржаной вчерашний. Супы вегетарианские с овощами и крупами, мясные, рыбные. Мясо, рыба, птица (нежирная) отварным куском. Овощи (кабачки, тыква, свекла, капуста и т.д.) с растительным маслом, гречневая каша. Молоко и кисломолочные продукты (обезжиренные), фрукты и ягоды в сыром виде и соки из них. Чай, кофе с молоком.

Запрещаются вкусовые приправы. Ограничиваются сливочное масло, сметана, картофель.

Стол № 9 - сахарный диабет. Диета с исключением водорастворимых углеводов, ограничением животных жиров. Диета способствует устранению нарушений в обмене веществ, вызванных недостаточным количеством в организме инсулина. Прием пищи 4 - 5 раз, поваренной соли - по возрастным нормам.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб ржаной, печенье на ксилите. Супы на овощном отваре с овощами и крупами. Каши гречневая, овсяная. Картофель, кабачки, огурцы и т.д. Яиц не более 1 - 2 штук. Нежирные сорта мяса, рыбы и птицы. Компот на фруктозе, ксилите, соки фруктовые и овощные, фрукты и ягоды. Молоко цельное, сметана в блюдах. Масло сливочное в блюдах, подсолнечное и оливковое масло. Сладости ограничиваются до 20 - 50 г в сутки (сахар в виде фруктозы, ксилита, сорбита).

Запрещаются сахар в чистом виде, продукты, содержащие глюкозу. Ограничиваются бобовые, крупяные блюда, макароны.

Стол № 10 - сердечно-сосудистые заболевания с нарушением кровообращения.

Общая характеристика: умеренное ограничение белков, жиров, углеводов в условиях режима с ограниченной подвижностью. Ограничение приема поваренной соли в 2 - 3 раза и жидкости.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб серый грубого помола, сухари. Супы крупяные, молочные, вегетарианские, борщи, нежирный мясной бульон 1 раз в неделю. Нежирные сорта мяса, птицы и рыбы в отварном и запеченом виде. Овсяная и гречневая каши, пудинги, запеканки. Белковый омлет. Овощные винегреты и салаты (кроме щавеля и грибов). Фрукты, ягоды, соки. Жиры - 50 % в виде растительных. Некрепкий чай.

Запрещаются жирные блюда из мяса, рыбы, сдобное тесто, мозги, почки, печень, соленые закуски, консервы, икра. Ограничиваются крепкий чай, кофе, какао, редька, редис, чеснок, репчатый лук, бобовые.

Стол № 11 - анемия, истощение и пониженная реактивность организма, различные нагноительные процессы, туберкулез легких.

Общая характеристика: диета с повышенной энергетической ценностью, увеличением животных белков, липотропных веществ, кальция, фосфора и витаминов. Прием пищи 5 раз в день.

Перечень рекомендуемых блюд: самые разнообразные продукты. Необходимо, чтобы не менее половины белка поступало в виде животных белков (мясо, рыба, творог, молоко и яйца).

Запрещается мясо птицы (утки и гуся).

Стол № 12 в педиатрической практике не применяется.

Стол № 13 - острые инфекционные заболевания, послеоперационный период (кроме полостных операций).

Общая характеристика: ограничение белков, жиров, углеводов, химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Пища преимущественно жидкая с ограничением растительной клетчатки, молока, закусок. Прием пищи 6 - 8 раз в день в зависимости от состояния ребенка, малыми порциями, поваренной соли до $\frac{2}{3}$ возрастной нормы.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб белый и сухари. Мясной бульон, мясное суфле. Суп-пюре из мяса на слизистом отваре. Яйца, омлет. Каши протертые. Фруктовые, ягодные соки, морсы, кисели. Масло сливочное. Запрещаются острые блюда, приправы, консервы.

Стол № 14 - фосфатурия (повышенное выделение с мочой двузамещенных солей фосфорной кислоты).

Общая характеристика: содержание белков, жиров, углеводов в пределах физиологической нормы. В рацион включают продукты, богатые кальцием; ограничивают пищевые вещества, возбуждающие нервную систему. Прием пищи 4 раза, поваренной соли - в соответствии с возрастными потребностями.

Перечень рекомендуемых блюд: мясо, рыба, хлебные и крупяные продукты.

Ограничиваются молоко и молочные продукты, овощи, острые закуски, пряности и др.

Столы № 15 и 16 - не предназначены в качестве лечебных. Диета № 15 применяется для рационального питания детей от 3 до 15 лет, № 16 - для детей от 1 года 3 мес до 3 лет. Эти диеты обеспечивают физиологические потребности ребенка в пищевых ингредиентах при отсутствии показаний для лечебного питания.

При аллергических заболеваниях применяются элиминационные диеты, когда из рациона питания исключают самые распространенные и заведомо известные аллергены: цитрусовые, орехи, шоколад, рыбу, икру, яйца, клубнику и пр. Вариантами элиминационных диет являются безмолочная, беззлаковая (аглиадиновая) и др. В этих случаях пищу готовят индивидуально.

Руководство лечебным питанием осуществляет врач-диетолог. Совместно с медицинской сестрой по диетпитанию он уточняет ежедневно меню. В больницах пища

готовится на пищеблоке. Пищеблок централизованно получает все продукты для питания детей, готовит различные блюда, а затем распределяет их по порционным требованиям.

Необходимую диету больному ребенку назначает лечащий врач. Если ребенок поступает в больницу в вечернее время, то это должен сделать дежурный врач. Ежедневно до 13 ч старшая медицинская сестра отделения составляет и отправляет на пищеблок заказ на питание (порционник), в котором указывает число больных и распределение диет. Пищу для отделений получают буфетчицы в строго определенные часы. Посуда для хранения и транспортировки пищи должна быть чистой и иметь крышки. Посуду маркируют, помещают на специальные передвижные тележки-столики. В каждом отделении имеется буфетная - раздаточная, а в отделениях для детей старшего возраста и столовая. В буфете имеются приборы для подогрева пищи, сухо-жаровой шкаф для сушки посуды, отдельно мойки для грязной и чистой посуды.

Кормление ребенка через желудочный зонд.

Показания: отсутствие сосательного и глотательного рефлексов.

Материальное обеспечение: флакон с молоком; емкость с теплой водой для поддержания температуры молока; стерильные пакеты с пинцетом, стерильным желудочным зондом, шприцем 20 мл, стерильными салфетками; маска для подачи кислорода; кукла – фантом; фланелевая и ситцевая пеленки; пеленальный стол с матрасом; манипуляционный столик; кювез или детская кроватка-грелка; водонепроницаемый фартук; мыло для ребенка и персонала; перчатки; маска; емкости с дезинфицирующими растворами; водный термометр; лоток для отработанного материала; стерильная ветошь.

Последовательность выполнения:

1. Вымойте и просушите руки.
2. Дайте недоношенному ребенку кислород для предотвращения приступа вторичной асфиксии.
3. Оденьте фартук, перчатки, маску.
4. Обработайте дезраствором фартук, поверхности.
5. Вымойте и просушите руки.
6. Выложите стерильные шприц 20мл, зонд, салфетку. Выставьте пинцет в стерильную емкость.
7. Флакон с молоком поставьте в емкость с водой при температуре 40-45°C, чтобы оно не остыло во время процедуры. Для контроля температуры примените водный термометр.
8. Правильно уложите ребенка, придав ему положение с приподнятым изголовьем, с помощью валика из пеленки на пеленальном столе.
9. Слегка поверните ребенка на бок. Используйте вторую, сложенную валиком пеленку.
10. На грудь ребенку положите стерильную салфетку.
11. Захватите зонд стерильной салфеткой.
12. Смочите вводимый конец зонда в молоке. Измерьте глубину введения зонда (глубина введения зонда равна расстоянию от переносицы до конца мечевидного отростка). Контролируйте состояние ребенка. Кашель, цианоз свидетельствуют о нахождении зонда в дыхательных путях.
13. Введите зонд в желудок.
14. Проверьте его положение: попытайтесь отсосать содержимое желудка шприцем. Если при этом будет получено достаточное количество мутноватой жидкости с хлопьями, то значит зонд находится в желудке. В случае, если удастся отсосать лишь воздух и небольшое количество жидкости сомнительного характера, выполните вторую пробу: толчком поршня возвратите воздух в желудок, при этом левая рука медсестры, приложенная к эпигастральной области ребенка, ощущает перистальтику желудка, урчание.
15. Отсоедините шприц для выведения поршня.
16. Соедините зонд с канюлей шприца.
17. Придайте шприцу нужное положение (на уровне желудка ребенка или чуть ниже).

18. Слегка наклоните его и влейте молоко.
19. Плавным движением поднимите шприц так, чтобы молоко спокойно (без давления поршня) вылилось в желудок.
20. Перекройте зонд, оставив его на 3-4 мин. в желудке, чтобы успокоилась перистальтика и не произошло вслед за извлечением катетера срыгивания.
21. Извлеките быстрым движением зонд, предварительно еще раз убедившись, что он плотно закрыт (иначе возможна аспирация молоком, оставшимся в катетере).
22. Придайте ребенку вертикальное положение на 3-5 мин, пока не произойдет отрыжка воздухом. Положите ребенка на бок, придав возвышенное положение верхней части тела.
23. Дайте ребенку кислород.
24. Проведите дезинфекцию использованного оснащения.
25. Вымойте и просушите руки.

Осложнения: аспирация, вторичная асфиксия

Примечание: а) ребенок, адекватно реагирующий на раздражители, при попадании зонда в трахею начинает синеть, кашлять, давиться. б) глубоко недоношенным и травмированным новорожденным выполняйте манипуляцию непосредственно в кювете (травмированным, удерживающим тепло – в кроватке). После кормления новорожденного там и оставляйте, сохранив возвышенное положение на боку (лучше на правом) в течение 1-1,5 час. в) постоянный зонд вводите через нос не более чем на 12 час.) зонд для однократного кормления вводите через рот.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.
3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Сестринское наблюдение за детьми с заболеваниями органов дыхания. Лабораторно-инструментальные исследования, подготовка к ним.

Цель занятия: изучить сестринские манипуляции при наблюдении за детьми с заболеваниями органов дыхания

Вопросы для самоподготовки:

1. Подсчет числа дыхательных движений, числа сердечных сокращений.
2. Измерение температуры тела и запись результата.
3. Взятие мазка из зева и носа на бактериальную флору
4. Туалет носа и введение лекарственных веществ в нос
5. Постановка горчичников на грудную клетку, согревающего компресса на ухо
6. Создание дренажного положения и выполнение вибрационного массажа
7. Правила пользования ингаляторами разного типа, небулайзером
8. Виды, методы, техника проведения оксигенотерапии.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап			

	1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах методик сестринских манипуляций) 2. Самостоятельная работа у постели больного, работа во вспомогательных отделениях, изучение методик обследования	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ Симуляционный класс	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Патология органов дыхания занимают лидирующее место среди заболеваний, встречающихся в детском возрасте. Чаще всего дети болеют острыми респираторными вирусными инфекциями, пневмониями, бронхитами, несколько реже аллергическими заболеваниями (респираторные аллергозы, бронхиальная астма и др.).

При поступлении в больницу детей с заболеваниями органов дыхания помещают в светлые, просторные и хорошо проветриваемые палаты. Дети грудного возраста, особенно новорожденные, госпитализируются в боксы или полубоксы на 1—2 койки. Температура воздуха в этих помещениях должна быть 18—20 °С, без резких колебаний. Не допускаются сквозняки. Кровати должны быть чистыми и удобными, при необходимости отгорожены друг от друга переносными ширмами. Для облегчения дыхания приподнимают головной конец кровати или под спину ребенка подкладывают подушку (свернутое одеяло). Детей грудного возраста берут на руки, чаще изменяют положение их в кровати. Одежда должна быть теплой, удобной и не затруднять дыхание. У больных детей аппетит снижен, поэтому объем пищи должен быть небольшим, а количество жидкости, в виде морсов, фруктовых соков, компотов, подслащенной воды, наоборот, увеличивают.

Большое значение в лечении и выхаживании детей с заболеваниями органов дыхания имеют строгое и регламентированное выполнение врачебных назначений, а также оказание больным помощи, включая неотложную.

Определение числа дыхательных движений.

Цель: оценка состояния больного.

Материальное обеспечение: секундомер или часы с секундной стрелкой, температурный лист.

Последовательность выполнения:

1. Предложите больному лечь. Исследование проводите спустя 5-7 мин после того, как больной расслабился.
2. Не фиксируйте внимание больного на данном исследовании.
3. Положите руку больного на верхнюю часть живота или поперек груди.
4. Наблюдая за движениями руки, подсчитайте число дыхательных движений за 1 мин (вдох и выдох – это одно движение).
5. Если частота и ритм дыхания равномерны, то считайте в течение 30с, затем умножьте на 2.
6. Результат исследования запишите в температурном листе в графе «дыхание» цифрами.

7. В норме частота дыхательных движений в 1 мин составляет: у новорожденных доношенных - 40-60; у новорожденных недоношенных – 60-80; в возрасте 1-2 лет – 30-35; в 5-6 лет – около 25; в 10 лет – 20-24; в 14 лет – 18-20; у взрослых – 16-18.

8. Дайте оценку исследования.

Взятие мазка из носа и зева.

Показания: определение флоры в полости носа и зева с лечебной диагностической целью для выявления бактерионосительства.

Материальное обеспечение: источник света, лобный рефлектор, носовое зеркало, стерильные пробирки с ватными тампонами (их готовят в лаборатории), спиртовка.

Перед проведением процедуры необходимо одеть маску., объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее выполнение, подготовить оснащение для обеспечения эффективного проведения процедуры, посадить пациента справа от источника света для обеспечения правильной биомеханики тела, вымыть и осушить руки, одеть на голову лобный рефлектор, осветить нос пучком отраженного света.

Последовательность выполнения:

1. Правой рукой взять стерильный ватный тампон для создания условий эффективного проведения процедуры.
- 2.левой рукой взять носовое зеркало.
3. Ввести носовое зеркало в преддверие носа (создание условий для взятия мазка только со слизистой полости носа).
4. Ввести тампон вращательным движением в полость носа и извлечь его (создание условий для взятия мазка со слизистой носа).
5. Взять в руку пробирку и обжечь ее края над спиртовкой (создание условий для исключения попадания посторонней флоры).
6. Ввести тампон в пробирку, промаркировать, поставить в штатив (подготовка материала для сдачи в лабораторию).
7. Повторить пункты 7-12 для другой половины носа.
8. При взятии мазка из зева: а) предложите пациенту открыть рот, б) левой рукой со шпателем придавите корень языка книзу, в) правой рукой извлеките из пробирки стерильный тампон и проведите им по дужкам и небным миндалинам (слева и справа), не касаясь слизистой рта и языка, г) осторожно введите тампон в пробирку, после обжигания ее краев над спиртовкой, не касаясь ее стенок) промаркируйте пробирку, поставьте в штатив.
9. Спросить пациента о его самочувствии для определения реакции пациента на процедуру.

По завершению процедуры надо погрузить носовое зеркало в дезраствор для обеспечения инфекционной безопасности, снять маску, вымыть и осушить руки, сделать запись о выполненной процедуре, заполнить направление в бактериологическую лабораторию, в котором указывается: цель исследования, Ф.И.О. пациента, возраст, отделение, номер палаты, дату взятия анализа, подпись. Незамедлительно доставить пробирки в бактериологическую лабораторию.

Аспирация содержимого дыхательных путей с помощью резинового баллона и носового катетера.

Показания: а) острые респираторные заболевания, б) дыхательная недостаточность в) санация дыхательных путей.

Материальное обеспечение: резиновый баллон; стерильные пакеты с марлевыми салфетками, пинцетом, катетерами; стерильный раствор фурациллина 1:5000 в емкостях; стерильные емкости для стерильного оснащения; лоток для использованного материала; манипуляционный столик; пеленальный стол с матрацем; пеленка; кукла, емкости с дезрастворами для обработки поверхностей и оснащения; емкость с антисептическим раствором для рук (перчаток), ветошь.

Последовательность выполнения:

1. Вымойте, просушите руки, оденьте перчатки.

2. Продезинфицируйте пеленальный стол, манипуляционный столик, бикс.
3. Вымойте и просушите руки (перчатки).
4. Расстелите на пеленальном столе пеленку.
5. Проверив дату стерилизации, выставьте необходимое оснащение.
6. Подготовьте ребенка, уложите его на пеленальный стол.
7. Продезинфицируйте руки (перчатки).
8. Проверив дату стерилизации, вскройте упаковку с катетером и подсоедините катетер к резиновому баллону, захватив его стерильной марлевой салфеткой.
9. Сожмите резиновый баллон. Стерильный катетер, обернутый марлевой салфеткой, осторожно введите в полость ротоглотки.
10. Разожмите баллон, извлеките катетер.
11. Промойте баллон, выпуская его содержимое в одну из емкостей со стерильным раствором фурациллина 1:5000. Из другой емкости наберите аналогичный раствор для промывания.
12. Аналогично проводите аспирацию содержимого носоглотки, постоянно промывая баллон.
13. Проведите дезинфекцию использованного оснащения.
14. Вымойте и просушите руки.

Аспирация патологического содержимого из верхних дыхательных путей с помощью электроотсоса.

Показания: а) асфиксия новорожденного, б) пневмония, в) респираторная инфекция при наличии обильного слизистого отделяемого, г) аспирация молока.

Материальное обеспечение: централизованная система подачи кислорода; электроотсос, стерильные катетеры; стерильный раствор фурациллина 1:5000 в емкостях; стерильные пакеты с марлевыми салфетками, пинцетом; стерильные емкости для стерильного оснащения; кукла; лоток для использованного материала; манипуляционный столик; пеленальный стол с матрацем; пеленка; емкости с дезрастворами для обработки поверхностей, катетера; емкость с антисептическим раствором для рук (перчаток); ветошь; перчатки.

Последовательность выполнения:

1. Вымойте и просушите руки, оденьте перчатки.
2. Продезинфицируйте манипуляционный столик, бикс.
3. Вымойте и просушите руки (перчатки).
4. Выставьте необходимое оснащение, проверив дату стерилизации.
5. Подготовленное оснащение на манипуляционном столике доставьте в палату к ребенку.
6. Продезинфицируйте пеленальный стол
7. Вымойте и просушите руки, обработайте антисептиком.
8. Положите на пеленальный стол пеленку.
9. Заполните емкость электроотсоса дезраствором.
10. Проверьте работу электроотсоса.
11. Уложите ребенка на пеленальный стол.
12. Продезинфицируйте руки (перчатки).
13. Проверьте дату стерилизации и вскройте упаковку со стерильным катетером.
14. Соедините катетер с электроотсосом, захватив его стерильной марлевой салфеткой.
15. Увлажните катетер раствором фурациллина 1:5000.
16. Введите катетер в ротовую полость и включите электроотсос. Для обеспечения нормальной работы электроотсоса необходимо герметичное соединение трубок на всех участках.
17. Этим же электроотсосом, используя отдельные стерильные катетеры из полиэтилена, аспирируйте патологический секрет из носовых ходов.

Примечание: а) санация носовых ходов продолжается не более 5 сек, ротовой полости и ротоглотки -15сек. б) при необходимости до и после манипуляции подайте ребенку увлажненный кислород через маску.

Оксигенотерапия с помощью носоглоточного катетера.

Показания: гипоксия различного происхождения.

Противопоказания: а) непроходимость дыхательных путей, б) гиповентиляция, вызванная угнетением дыхательного центра или парезом дыхательной мускулатуры, в) нарушение механизма дыхания операционной раной или травмой грудной клетки; г) эмфизема легких с хронической дыхательной недостаточностью.

Материальное обеспечение: катетеры резиновые или пластиковые с боковыми отверстиями, одинарные либо двойные, стерильные; централизованная подводка-баллон с редуктором; дистиллированная вода; аппарат Боброва для увлажнения кислорода; стерильный раствор фурацилина 1:5000 в емкости; 0,9% раствор натрия хлорида; стерильные пакеты с марлевыми салфетками, пинцетом, шпателем; стерильные емкости для стерильного оснащения; манипуляционный столик; пеленальный стол с матрацем; пеленка; емкости с дезрастворами; емкость с антисептическим раствором для рук (перчаток); ветошь; перчатки; маска; ножницы; лейкопластырь; лоток для использованного материала.

Последовательность выполнения:

1. Вымойте и просушите руки, оденьте перчатки.
2. Продезинфицируйте пеленальный стол, манипуляционный столик, бикс.
3. Вымойте и просушите руки.
4. Проверьте дату стерилизации, выставьте оснащение.
5. Соберите и заполните жидкостью увлажнитель (аппарат Боброва).
6. Подсоедините его к источнику кислорода.
7. Перед дачей O₂ убедитесь в проходимости дыхательных путей, в целостности катетера.
8. Придайте ребенку положение с приподнятым изголовьем.
9. Смочите стерильный катетер в фурацилине (либо в 0,9% растворе натрия хлорида).
10. Введите катетер по нижнему носовому ходу до задней стенки глотки (на расстояние от кончика носа до мочки уха). Катетер введен правильно, если кончик виден в зеве. Контролируйте положение катетера с помощью шпателя.
11. Подсоедините катетер к источнику кислорода через увлажнитель.
12. Фиксируйте наружную часть катетера к щеке или лбу ребенка полосками лейкопластыря.
13. Отрегулируйте скорость подачи кислорода.
14. Каждые 30-60 мин меняйте положение катетера.
15. После окончания сеанса кислородотерапии отключите подачу кислорода.
16. Извлеките катетер.
17. Продезинфицируйте использованное оснащение.
14. Вымойте и просушите руки.

Осложнения: а) повреждение эпителия воздухоносных путей, б) остановка дыхания, в) артериальная гипотензия, г) повреждение глаз.

Примечание:

- ингаляцию кислорода можно проводить с помощью кислородно-дыхательной аппаратуры, масок, интубационных и трахеостомических трубок, кислородных палаток, кювезов, кислородных подушек. Если кислород подаете через маску, то маску обработайте 70% этиловым спиртом двукратно с интервалом 15 мин.
- режим ингаляции: кратковременный, непрерывный, прерывистый.
- соблюдайте технику безопасности при работе с кислородом: исключите контакт с открытым огнем, работающими электроприборами.
- скорость подачи кислорода контролируйте редуктором или по быстроте прохождения пузырьков через увлажнитель.
- вынимайте носовой катетер 2-3 раза в сутки, вводите после обработки в другую половину носа.
- отсасывайте содержимое из носа по мере необходимости, после чего вводите 2-3 капли теплого раствора фурацилина.

- при проведении оксигенотерапии недоношенным детям аппарат Боброва заполните стерильной дистиллированной водой.

Введение капель в наружный слуховой проход.

Цель: обеспечение терапевтического эффекта.

Оснащение: лекарственные средства, емкость с водой 50-60°C, атравматичная пипетка, ватные шарики, резиновые перчатки, маска

Подготовка к процедуре:

1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход процедуры, дать информацию о лекарственном препарате, его побочных действиях и получить разрешение на выполнение процедуры (обеспечение права пациента на информацию и предупреждение аллергической реакции).
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Усадить или уложить пациента с наклоном головы в сторону здорового уха (обеспечение условий выполнения процедуры).
4. Одеть маску. Вымыть, осушить руки, одеть резиновые перчатки (обеспечение инфекционной безопасности).
5. При наличии отделяемого в наружном слуховом проходе провести туалет сухим способом или путем промывания (обеспечения условий для действия лекарственного препарата).
6. Поставить флакон с лекарственным средством в емкость с водой (50-60°C) и подогреть до температуры тела в целях предупреждения раздражения лабиринта.

Выполнение процедуры:

1. Набрать капли в пипетку и нанести одну каплю на тыльную поверхность кисти (проверка температуры капель).
2. Выпрямить наружный слуховой проход (соответственно возрасту пациента) и ввести по наружной стенке назначенное врачом количество капель лекарственного средства (обеспечение условий для прохождения капель).
3. Положить пипетку в лоток для отработанного материала.
4. Нажать несколько раз на козелок пациента (обеспечение прохождения капель в среднее ухо).
5. Заложить в слуховой проход ватный тампон и попросить пациента полежать на здоровом ухе 10-15 минут (обеспечение сохранения тепла и действия лекарственного средства).

Завершение процедуры:

1. Спросить пациента о самочувствии для определения реакции на процедуру.
2. Снять резиновые перчатки, маску, вымыть и осушить руки.
3. Сделать запись о выполнении процедуры.

Небулайзер - это прибор, который преобразовывает лекарства в аэрозоль и подает его в дыхательные пути больного. Благодаря этому устройству, сегодня ингаляционная терапия доступна не только в физиокабинетах медицинских учреждений – пользоваться небулайзером легко и удобно и в домашних условиях. Прибор обеспечивает непрерывную подачу лекарства, в связи с чем отсутствует необходимость выполнения глубоких вдохов-выдохов. Еще одно из наиболее важных преимуществ небулайзеров – это то, что в них не используются пропелленты – вещества, с помощью которых создается давление, обеспечивающее распыление

Перед проведением ингаляции необходимо первым делом тщательно вымыть руки с мылом, чтобы избежать попадания микробов. Затем нужно соединить все части прибора, внимательно изучив прилагаемую инструкцию. После этого в стаканчик небулайзера вливается необходимое количество лекарственного вещества (не менее 5 мл). Первоначально вливается физиологический раствор, затем необходимая доза лекарства. Для заправки следует использовать только стерильные иглы и шприцы. Когда для проведения процедуры все готово, надевается маска, и терапию ингаляцией можно начинать. Важно быть уверенным в пригодности препарата, поэтому каждый раз нужно проверять срок годности. Процедуру следует проводить до полного расходования

лекарственного раствора.. Продолжительность ингаляций для детей до 5 лет должна составлять 3 минуты, частота – 1–2 раза в сутки.

После окончания все части небулайзера промываются под горячей водой без применения каких-либо подручных средств (щеток или ершиков), используя обычный мыльный раствор. 1 раз в неделю прибор требуется стерилизовать: делать это нужно либо в специально предназначенном термодезинфекторе, либо методом кипячения не менее 10 минут (если такой метод разрешен в инструкции к вашему небулайзеру), либо используя дезинфицирующие средства из линейки «Дезавид». Вымытый и высушенный небулайзер хранится в чистом сухом полотенце или салфетке.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Сестринское наблюдение за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Лабораторно-инструментальные исследования, подготовка к ним.

Цель занятия: научить студента выполнять сестринские манипуляции при наблюдении за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Вопросы для самоподготовки:

1. Исследования пульса, проведение цифровой и графической записи в истории болезни

2. Правила измерения артериального давления

3. Техника постановки согревающего компресса на суставы

4. Методика регистрации ЭКГ

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах методик сестринских манипуляций) 2. Самостоятельная работа у постели больного, работа во вспомогательных отделениях, изучение методик обследования	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ Симуляционный класс	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа			

1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература
--------------------------------------------------------------------------------	-----------	--	------------

Аннотация темы:

Режим для детей с сердечно-сосудистыми расстройствами назначает врач в зависимости от тяжести заболевания и степени сердечно-сосудистой недостаточности: строгий постельный (1а), постельный режим (1б), полупостельный (2).

При строгом постельном режиме ребенок не должен вставать с кровати, уход за ним осуществляется только в постели. Ребенка лучше положить на функциональную кровать, чтобы в случае необходимости можно было создать удобные для него положения. Обычно это положение полусидя. Мероприятия по личной гигиене, кормление ребенка проводят в постели. Физиологические отправления осуществляются с помощью подкладных суден и мочеприемников (уток). Больной, которому назначен **постельный режим**, может сидеть в кровати, принимать пищу за прикроватным столиком. Физиологические отправления осуществляются сидя на горшке около кровати. При длительном постельном режиме возможно развитие пролежней, поэтому необходим тщательный уход за кожей. Ежедневно кожные покровы протирают раствором спирта с теплой водой или камфорным спиртом. Постель должна быть удобной, мягкой, ее необходимо часто перестилать, устраняя складки, удалять крошки с простыни. Купание в ванне возможно только с разрешения врача. При тяжелом состоянии ребенка тело обтирают теплой водой в постели. Одежда должна быть легкой, не сдавливать грудную клетку.

Полупостельный режим расширяет двигательный режим ребенка. Вначале разрешают принимать пищу за столом в палате, а затем в столовой; физиологические отправления осуществляются в туалете. Разрешаются прогулки с ограничением движений. Помещение, где находится больной, должно быть просторным, светлым, хорошо проветриваться. Температура воздуха в помещении не должна превышать 18-20°С. Некоторые больные, особенно с врожденными пороками сердца, периодически нуждаются в оксигенотерапии.

Питание должно быть полноценным, с большим содержанием витаминов С и группы В, ограничением соли. Обязательно регистрируют количество выпитой жидкости и диурез. В пищевом рационе (диета №10) несколько ограничивают белки и жиры. Пищу принимают 4-5 раз в день, последний прием – не позже чем за 3 часа до сна. Если ребенок в качестве лечения принимает глюкокортикостероидные гормоны, то он должен дополнительно получать продукты богатые солями калия (изюм, курага, чернослив, картофель, капуста) и кальция (сыр, творог).

Исследование пульса и его характеристика.

Цель: оценка состояния сердечно-сосудистой системы.

Места исследования пульса: лучевая артерия, локтевая, сонная, височная, подколенная, бедренная, тыла стопы.

Параметры пульса: ритм, частота, наполнение, напряжение, величина.

Материальное обеспечение: секундомер или часы с секундной стрелкой, температурный лист, медицинская карта больного.

Последовательность исследований пульса на лучевой артерии:

1. Проследите, чтобы больной был в спокойном состоянии.
2. Усадите или уложите больного так, чтобы верхняя конечность находилась в расслабленном положении.
3. Захватите кисть больного выше лучезапястного сустава таким образом, чтобы ваш большой палец находился с локтевой стороны, а остальные пальцы с ладонной стороны.
4. Прижмите лучевую артерию к лучевой кости II, III и IV пальцами и определите место пульсации.
5. Определите все параметры пульса.

Ритм – это промежутки времени между пульсовыми волнами. Если промежутки времени между пульсовыми волнами одинаковые, то пульс *ритмичный* или *правильный*,

если промежутки не одинаковые, то пульс *аритмичный*, или *неправильный*. В случае обнаружения аритмии необходимо об этом сообщить врачу.

Частота пульса – это количество пульсовых волн за 1 мин, что соответствует частоте сердечных сокращений и зависит от возраста:

- у новорожденных доношенных -120-140 ударов в 1 мин
- у новорожденных недоношенных – 140-160
- к году -110-120
- к 5 годам – 100
- к 10 годам - 90
- к 12-13 годам – 80-70
- у подростков и взрослых – 60-90 ударов в 1 мин.

Если пульс ритмичный, то частоту пульса можно подсчитать за $\frac{1}{2}$ мин и умножить на 2. Если пульс аритмичный, то частоту пульса исследуйте на обеих руках в течение 1 мин поочередно, затем полученные данные сложите и разделите на 2.

Наполнение пульса зависит от нагнетательной способности сердца в период систолы, количества выбрасываемой крови, тонуса кровеносных сосудов. Наполнение определите по той силе, с которой вы прижимаете лучевую артерию к лучевой кости, чтобы ощутить пульсовую волну. Чем меньше сила, тем лучше наполнение пульса, чем больше сила, тем слабее наполнение. По наполнению пульс характеризуется как *полный* и *пустой*.

Напряжение пульса зависит от величины систолического артериального давления. Напряжение пульса определяется по той силе, с которой нужно прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратить в ней пульсацию. Если АД нормальное, артерия сдавливается при умеренном усилии, такой *пульс умеренного напряжения*. При высоком артериальном давлении артерию сжать труднее – такой пульс называется *напряженным* или *твердым*. В случае низкого артериального давления артерия сжимается легко - пульс называется *мягким*.

Величина пульса зависит от напряжения и наполнения пульса. Пульс хорошего наполнения и напряжения называется *большим*, слабого – *малым*. Если величина пульсовых волн определяется с трудом, то такой пульс называется *нитевидным*.

6. Оформите результат исследования цифровой записью ($P_s = 72$ удара в мин, ритмичный, полный, умеренного напряжения, большой) в медицинской или амбулаторной карте.

7. Занесите результаты исследования в температурный лист (графическая запись). Обратите внимание: цена деления одной клеточки до 100 равна 2, а выше 100 – 4 ударам в 1 мин.

Примечание:

1. Если при исследовании обнаружен пульс аритмичный или нитевидный, то немедленно поставьте в известность об этом врача.
2. Если исследование пульса на лучевой артерии затруднено (гипсовая повязка, ожоги, травмы и др.), то исследуйте пульс на сонных артериях поочередно, с каждой стороны без сильного давления на артерию. При сильном давлении возможно резкое замедление сердечной деятельности вплоть до остановки сердца и падения АД, у исследуемого могут появиться головокружение, обморок, судороги.

Измерение артериального давления по методу Короткова.

Цель: оценка состояния сердечно-сосудистой системы.

Материальное обеспечение: тонометр, фонендоскоп, температурный лист.

Последовательность выполнения:

1. Предложите больному сесть, проследите, чтобы он был в спокойном состоянии.
2. Предложите освободить от одежды правую руку.
3. Уложите руку больного на стол ладонью вверх, примерно на уровне сердца.
4. Наложите манжету тонометра на плечо на 2-3 см выше локтевого сгиба, располагая центр резинового мешка-манжеты над плечевой артерией.

5. Проследите, чтобы резиновая трубка, соединяющая манжету с аппаратом и грушей, располагалась латерально по отношению к больному.
6. Пропальпируйте пульс больного на локтевой артерии и одновременно накачайте воздух в манжету при помощи груши.
7. Наблюдайте за стрелкой тонометра и пальпируйте пульс до его исчезновения. После этого поднимите давление в манжете еще на 20 мм.
8. Плотнo прижмите мембрану фонендоскопа к артерии в области локтевого сгиба и слегка откpойте запирающий винт на груше, поддерживайте постоянную скорость выпуска воздуха, примерно 2 мм рт.ст. в сек.
9. Выслушивайте артерию, следите за стрелкой тонометра и цифрами.
10. Систолическое давление определите по появлению первого звука.
11. Диастолическое давление определите по исчезновению звука.
12. Если стрелка тонометра оказывается между двумя отметками, то учитывайте ближайшую верхнюю четную цифру.
13. Продолжайте снижать давление в манжете на 20 мм рт. ст. ниже уровня диастолического давления.
14. Повторите измерение артериального давления через 5 мин, проследите, чтобы из манжеты полностью был выпущен воздух и стрелка стояла на отметке «0».
15. Из двух последовательных измерений запишите наименьшие результаты (при артериальном давлении 120/80 мм рт. ст. и ниже измерение проводите однократно).
16. Результат исследования регистрируется цифровой записью в медицинской или амбулаторной карте (АД - 120/80 мм. рт. ст.) и графической записью в температурном листе в виде столбиков (цена деления одной клеточки равна 5 мм.рт.ст.).
17. Оцените результат измерения АД.

Методика регистрации ЭКГ. Больного кладут горизонтально на спину, оголяют запястья, голени и грудь. Если у больного выраженная одышка и ему нельзя ложиться, ЭКГ записывают в положении сидя. Заземлить аппарат. Наложение электродов на конечности: красный — правая рука; желтый — левая рука; зеленый — левая нога; черный — правая нога. На передней панели кардиографа обычно имеется схема подключения электродов. Кожу под электродами предварительно можно обезжирить спиртом, затем смазать специальной токопроводящей пастой или подложить под электроды марлевые прокладки, смоченные водой или 5—10%-м раствором хлорида натрия. Электроды прикрепляются резиновыми лентами или специальными зажимами на внутренние поверхности голени и предплечий (где меньше выражен волосяной покров), в нижней их трети. В случае отсутствия у больного конечности электрод накладывается на культю. Расстояние от него до сердца не имеет принципиального значения, т. к. скорость проведения электрического импульса очень велика, а вот направление к оси сердца очень важно.

Накладывается грудной электрод (обычно это груша-присоска). В случае работы на одноканальном аппарате запись грудных отведений осуществляется поочередно после записи 6 отведений от конечностей. Чаще всего записывают 6 грудных отведений. V1 — четвертое межреберье по правому краю грудины; V2 — четвертое межреберье по левому краю грудины; V3 — на середине линии, соединяющей отведения V2 и V3; V4 — пятое межреберье по левой срединно-ключичной линии; V5 — на том же горизонтальном уровне, что и V4 по левой передней подмышечной линии; V6 — по левой средней подмышечной линии на том же горизонтальном уровне, что и V4 и V5.

Запись контрольного милливольты - для этого переключателем установки милливольты следует установить высоту мВ равной 10 мм (загорится соответствующий светодиод), проверить, чтобы переключатель отведений был установлен в положение «1мВ» (горит соответствующий светодиод в блоке 10), выключить успокоитель пера (нажать кнопку

Успокоителя пера, световод «0» погаснет). Если перо установлено у нижнего или верхнего краев ленты, установить его в среднее положение регулятором положения пера. Включить движение ленты (кнопка вкл/выкл движения ленты) со скоростью 50 мм/с и сразу же 3-4 раза быстро нажать на кнопку записи милливольта «1 мВ», после чего движение ленты остановить кнопкой вкл/выкл движения ленты. На ленте запишутся несколько прямоугольных зубцов высотой 10 мм, при расшифровке ЭКГ их и называют милливольт. Это масштаб записи, он важен для дальнейших измерений и для сравнения электрокардиограмм, записанных на разных аппаратах, между собой.

Последовательная запись отведений с I по aVF - производят последовательную запись отведений с I по aVF. Для этого переключают аппарат в режим записи I отведения (нажать кнопку переключателей отведений, загорится соответствующий светодиод), успокоитель пера при этом включится (загорится светодиод «0») и через секунду выключится. Если этого не произошло, его следует отключить (нажатием кнопки успокоителя пера). Затем включить движение ленты (кнопку вкл/выкл движения ленты), записать 4-5 комплексов и ленту остановить. Переключить аппарат в режим записи II отведения и всю процедуру повторить. После записи III отведения следует попросить больного сделать глубокий вдох, задержать дыхание, и в таком положении записать III отведение еще раз. Затем записать усиленные отведения aVR, aVL и aVF.. При аритмии у больного в отведениях I—III записывают по 8—10 комплексов. При необходимости длительной регистрации ЭКГ ее записывают со скоростью 25 мм/с, обычно после стандартной записи во всех отведениях.

Запись грудных отведений - для этого переключателем отведений устанавливают положение «V»; включают успокоитель пера, грудной электрод ставят на грудь больного в точку записи отведения V1, выключают успокоитель, записывают на скорости 50 мм/с 4-5 комплексов, включают успокоитель, переставляют электрод в точку V2 и всю процедуру повторяют до записи отведения V6.

Запись контрольного милливольта - вновь записывают контрольный милливольт, ленту пропускают немного вперед и отрывают. Милливольт при этом должен быть в конце записи, а не остаться на катушке бумаги в кардиографе (очень частая ошибка!), иначе его запись теряет всякий смысл.

Выключают питание, снимают электроды.

Ленту ЭКГ следует подписать. В начале указывают ФИО больного, возраст, дату и время записи. Каждое отведение подписывают. Если вы плохо ориентируетесь на готовой кардиограмме какое отведение как выглядит, их следует подписывать в процессе записи. При записи ЭКГ с нестандартной скоростью или нестандартным мВ это следует обязательно отметить.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Сестринское наблюдение за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Лабораторно-инструментальные исследования, подготовка к ним.

Цель занятия: научить студента выполнять сестринские манипуляции при наблюдении за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Вопросы для самоподготовки:

1. Техника промывания желудка, виды желудочных зондов.
2. Забор испражнений на бактериологическое и копрологическое исследование.
3. Оформление направлений на различные виды лабораторных исследований.
4. Техника проведения очистительной и лечебной клизм.
5. Подготовка ребенка к инструментальным методам диагностики (непрерывному фракционному желудочному зондированию, ультразвуковому исследованию, фиброэзофагогастродуоденоскопии).

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах методик сестринских манипуляций) 2. Самостоятельная работа у постели больного, работа во вспомогательных отделениях, изучение методик обследования	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ Симуляционный класс	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы

Промывание желудка.

Цель: удалить из желудка токсические вещества.

Оснащение: желудочный зонд, резиновый фартук (2 шт.), емкость с раствором для промывания (20-22°C), таз для промывных вод, лоток для оснащения, лоток для отработанного материала, марлевые салфетки, шпатель, стерильная емкость для промывных вод, бланк-направление, емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь, резиновые перчатки.

Обязательное условие: раствор для промывания не должен быть теплым (будет всасываться) и не должен быть холодным (может вызвать спазм желудка).

Подготовка к процедуре:

1. Объяснить ребенку (родственникам) цель и ход проведения процедуры (соблюдение права на информацию, формирование мотивации к сотрудничеству).
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Одеть фартук.
4. Вымыть и осушить руки, одеть перчатки.
5. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором и постелить на него пеленку.
6. Усадить и зафиксировать ребенка на руках у помощника (обязательное условие, позволяющее выполнить процедуру у ребенка): а) ноги помощник охватывает своими ногами, б) руки фиксирует одной рукой, в) голову – другой, положив ладонь на лоб ребенку.

Примечание: ребенка младшего возраста можно завернуть в пеленку или простыню для лучшей фиксации.

7. Одеть на ребенка фартук поверх руки фиксирующего.
8. Поставить таз для промывных вод у ног ребенка.

Выполнение процедуры:

1. Измерить зондом расстояние до желудка (от мочки уха до кончика носа и до конца мечевидного отростка) в целях соблюдения условия для попадания зонда в желудок.
2. Смочить «слепой» конец зонда в воде для облегчения проведения зонда в желудок.
3. Открыть рот ребенку с помощью шпателя (если он сам не открывает). При необходимости использовать роторасширитель (что позволит ввести зонд в желудок и провести процедуру).
4. Ввести зонд по средней линии языка до метки и указательным пальцем правой руки завести зонд за зубы для профилактики рвоты.
5. Присоединить к зонду воронку или шприц Жане без поршня для создания условия для введения жидкости в зонд.
6. Опустить воронку ниже уровня желудка (чуть наклонив ее) и налить в нее воду для промывания (вода не уходит в желудок по системе сообщающихся сосудов).
7. Медленно поднимая воронку вверх, следить за поступлением из нее жидкости в желудок (вода должна опуститься до устья воронки). Промывание желудка происходит по закону сообщающихся сосудов.
8. Быстро, плавно опустить воронку ниже исходного уровня и вылить содержимое желудка в таз.
9. Повторить промывание до получения «чистой воды» для достижения эффективности.
10. Отсоединить воронку и быстрым движением удалить зонд через салфетку в целях предупреждения рвоты и обеспечения инфекционной безопасности.

Завершение процедуры:

1. Прополоскать рот ребенку для обеспечения гигиенического комфорта.
2. Передать ребенка маме или положить в кроватку.
3. Собрать желудочное содержимое для исследования в стерильную емкость для выявления причины отравления. Отправить в лабораторию в сопровождении направления.
4. Весь инструментарий, фартуки подвергнуть дезинфекции.
5. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Кормление ребенка через желудочный зонд.

Показания: отсутствие сосательного и глотательного рефлексов.

Материальное обеспечение: флакон с молоком; емкость с теплой водой для поддержания температуры молока; стерильные пакеты с пинцетом, стерильным желудочным зондом, шприцем 20 мл, стерильными салфетками; маска для подачи кислорода; кукла – фантом; фланелевая и ситцевая пеленки; пеленальный стол с матрацем; манипуляционный столик; кювез или детская кроватка-грелка; водонепроницаемый фартук; мыло для ребенка и персонала; перчатки; маска; емкости с дезинфицирующими растворами; водный термометр; лоток для отработанного материала; стерильная ветошь.

Последовательность выполнения:

1. Вымойте и просушите руки.

2. Дайте недоношенному ребенку кислород для предотвращения приступа вторичной асфиксии.
3. Оденьте фартук, перчатки, маску.
4. Обработайте дезраствором фартук, поверхности.
5. Вымойте и просушите руки.
6. Выложите стерильные шприц 20мл, зонд, салфетку. Выставьте пинцет в стерильную емкость.
7. Флакон с молоком поставьте в емкость с водой при температуре 40-45°C, чтобы оно не остыло во время процедуры. Для контроля температуры примените водный термометр.
8. Правильно уложите ребенка, придав ему положение с приподнятым изголовьем, с помощью валика из пеленки на пеленальном столе.
9. Слегка поверните ребенка на бок. Используйте вторую, сложенную валиком пеленку.
10. На грудь ребенку положите стерильную салфетку.
11. Захватите зонд стерильной салфеткой.
12. Смочите вводимый конец зонда в молоке. Измерьте глубину введения зонда (глубина введения зонда равна расстоянию от переносицы до конца мечевидного отростка). Контролируйте состояние ребенка. Кашель, цианоз свидетельствуют о нахождении зонда в дыхательных путях.
13. Введите зонд в желудок.
14. Проверьте его положение: попытайтесь отсосать содержимое желудка шприцем. Если при этом будет получено достаточное количество мутноватой жидкости с хлопьями, то значит зонд находится в желудке. В случае, если удастся отсосать лишь воздух и небольшое количество жидкости сомнительного характера, выполните вторую пробу: толчком поршня возвратите воздух в желудок, при этом левая рука медсестры, приложенная к эпигастральной области ребенка, ощущает перистальтику желудка, урчание.
15. Отсоедините шприц для выведения поршня.
16. Соедините зонд с канюлей шприца.
17. Придайте шприцу нужное положение (на уровне желудка ребенка или чуть ниже).
18. Слегка наклоните его и влейте молоко.
19. Плавным движением поднимите шприц так, чтобы молоко спокойно (без давления поршня) вылилось в желудок.
20. Перекройте зонд, оставив его на 3-4 мин. в желудке, чтобы успокоилась перистальтика и не произошло вслед за извлечением катетера срыгивания.
21. Извлеките быстрым движением зонд, предварительно еще раз убедившись, что он плотно закрыт (иначе возможна аспирация молоком, оставшимся в катетере).
22. Придайте ребенку вертикальное положение на 3-5 мин, пока не произойдет отрыжка воздухом. Положите ребенка на бок, придав возвышенное положение верхней части тела.
23. Дайте ребенку кислород.
24. Проведите дезинфекцию использованного оснащения.
25. Вымойте и просушите руки.

Осложнения: аспирация, вторичная асфиксия

Примечание: а) ребенок, адекватно реагирующий на раздражители, при попадании зонда в трахею начинает синеть, кашлять, давиться. б) глубоко недоношенным и травмированным новорожденным выполняйте манипуляцию непосредственно в кювете (травмированным, удерживающим тепло – в кроватке). После кормления новорожденного там и оставляйте, сохранив возвышенное положение на боку (лучше на правом) в течение 1-1,5 час. в) постоянный зонд вводите через нос не более чем на 12 час.) зонд для однократного кормления вводите через рот.

Тюбаж по Демьянову.

Цель: стимулировать отток желчи из желчных путей при ДЖВП по гипотоническому типу.

Оснащение: сорбит, стакан с кипяченой водой комнатной температуры, чайная ложка, пеленка, грелка наполненная водой 60°C, минеральная вода без газа, соломинка, часы.

Подготовка к процедуре:

1. Подготовить ребенка (маму) с ходом процедуры, установить доброжелательные отношения (психологическая подготовка, осознанное участие в процедуре).
2. Вымыть и осушить руки.
3. Приготовить необходимое оснащение для обеспечения выполнения процедуры.

Выполнение процедуры:

1. Развести сорбит в кипяченой воде комнатной температуры и размешать чайной ложкой (сорбит обладает желчегонным действием).
2. Дать ребенку выпить раствор сорбита для стимуляции желчевыделения.
3. Уложить ребенка в постель на правый бок, на грелку (данное положение способствует лучшему отхождению желчи, тепло снимает спазм желчных ходов).
4. В течение 2 часов давать ребенку пить минеральную воду мелкими глотками через соломинку (минеральная вода оказывает желчегонное действие, соломинка дает возможность пить в положении лежа на боку).

Завершение процедуры:

1. Через 2 часа проведение процедуры прекратить (2 часа – время достаточное для проведения «слепого» дренирования желчевыводящей системы).
2. Записать результат (документирование исследования, обеспечение преемственности).
3. Вымыть и осушить руки.

Клизмы – технический прием, с помощью которого производятся лечебные воздействия, удаляют из толстого кишечника каловые массы, исследуются величина и расположение толстого кишечника в брюшной полости.

Техника выполнения клизм

Очистительная					
Проводится для освобождения кишечника от каловых масс и газов, для подготовки к эндоскопическим обследованиям (ректороманоскопия, колонофиброскопия), рентгенологическому исследованию желудка, кишечника, почек, органов брюшной полости. Температура - 20-25°C.					
Возраст	1-2 года	2-5 лет	5-9 лет	9-11 лет	11-14 лет
Количество воды	200,0 мл	300,0 мл	400,0 мл	500,0 мл	До 1,0 л
Процедуру выполняют в положении ребенка лежа на левом боку с согнутыми и подтянутыми к животу ногами. Кружку Эсмарха наполняют водой, подвешивают на штатив на высоту 50-70 см. Наконечник смазывают вазелином и, раздвинув ягодичы ребенка, вводят в анальное отверстие. Первые 2-3 см наконечник продвигают кпереди по направлению к пупку, далее кзади параллельно копчику на глубину 5-8 см.					
Лечебные					
Ставится через 10-15 минут после самопроизвольного очищения кишечника лекарственное средство имеет температуру 40-41°C.					
Возраст	1-5 лет		5-10 лет		10-14 лет
Объем лекарств	20,0 – 25,0 мл		50,0 мл		75,0 мл
Наконечники после использования закладываются в раствор хлорамина на 1 час тщательно промываются и отправляются в ЦСО.					

При постановке клизм детям до года используют резиновые баллончики с наконечниками (№1-6). **Объемы вводимой жидкости:** а) новорожденному - 25-30мл; б) грудному ребенку – 50-150 мл; в) 1-3 лет – 150-250 мл.

Постановка лекарственной клизмы ребенку.

Цель: ввести лекарственный препарат через прямую кишку и обеспечить его всасывание.

Оснащение: резиновые перчатки и фартук; клеенка, пленка; полотенце; резиновый баллончик (№1-2); газоотводная трубка; марлевая салфетка; емкость с лекарственным препаратом в изотоническом растворе; вазелиновое масло; лоток для обработанного материала.

Обязательные условия: а) ставить через 30-40 минут после очистительной клизмы, б) лекарственный препарат вводить в изотоническом растворе во избежание раздражения кишечника, в) перед введением лекарственный раствор подогреть до температуры 37-38°C для лучшего всасывания, г) для обеспечения глубины введения лекарственного препарата использовать газоотводную трубку.

Подготовка к процедуре:

1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие (обеспечение права на информацию, участие в процедуре).
2. Подготовить необходимое оснащение для обеспечения четкости выполнения процедуры.
3. Постелить клеенку, накрыть ее пленкой.
4. Выложить полотенце для подсушивания ребенка после проведения процедуры.
5. Вымыть и осушить руки, одеть фартук, перчатки.
6. Подогреть лекарственный препарат до 37-38°C и набрать его в резиновый баллончик. Теплый лекарственный препарат быстрее всасывается в кишечнике и исключается возможность появления преждевременной перистальтики в ответ на раздражение холодом.
7. Смазать конец газоотводной трубки вазелиновым маслом методом полива для облегчения введения наконечника в прямую кишку и предупреждение неприятных ощущений у ребенка.

Выполнение процедуры:

1. Уложить ребенка на левый бок, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах и прижать к животу (учет анатомической особенности расположения прямой и сигмовидной кишок).

Примечание: ребенка до 6 месяцев можно уложить на спину и приподнять ноги вверх.

2. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать в данном положении.
3. Пережав свободный конец газоотводной трубки, ввести ее осторожно, без усилий в анальное отверстие и продвинуть ее в прямую кишку на 2/3 ее длины, направляя сначала к пупку, а затем, преодолев сфинктеры, параллельно копчику (предупреждение возможного вытекания, содержимого кишечника во время введения газоотводной трубки, учет анатомических изгибов прямой кишки).
4. Расположив резиновый баллончик с лекарственным препаратом наконечником вверх, нажать на него снизу большим пальцем правой руки для удаления из баллончика воздуха и предупреждения введения воздуха в прямую кишку.
5. Не разжимая баллончик, присоединить его к газоотводной трубке.
6. Медленно нажимая на баллончик снизу, ввести лекарственный раствор и, не разжимая резиновый баллончик, отсоединить его от газоотводной трубки, предварительно пережав ее свободный конец (баллончик поместить в лоток для отработанного материала). Это предупредит развитие неприятных ощущений у ребенка, предотвратит всасывания лекарственного раствора обратно в баллончик и его истечение из газоотводной трубки.
7. Извлечь газоотводную трубку из прямой кишки, пропустив ее через салфетку (газоотводную трубку и салфетку поместить в лоток для отработанного материала).
- 8.левой рукой сжать ягодицы ребенка на 10 минут (время, необходимое для уменьшения спазма гладкой мускулатуры кишечника и начала всасывания лекарственного препарата).
7. Уложить ребенка на живот.

Завершение процедуры:

1. Обработать перианальную область тампоном, смоченным вазелиновым маслом в целях профилактики раздражения кожи и обеспечения комфортного состояния.
2. Одеть ребенка.
3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор.
4. Вымыть и осушить руки.
5. Проследить, чтобы ребенок находился в горизонтальном положении в течение 30 минут после проведения процедуры для достижения максимального эффекта.

Введение лекарственной свечи в прямую кишку.

Цель: ввести лекарственный препарат через прямую кишку для обеспечения местного или резорбтивного действия.

Оснащение: лекарственная свеча, резиновые перчатки и фартук, клеенка, пеленка.

Обязательное условие: лекарственная свеча вводится через 30-40 минут после очистительной клизмы.

Подготовка к процедуре:

1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, установить доброжелательные отношения (психологическая подготовка, осознанное участие в исследовании).
2. Подготовить необходимое оснащение для обеспечения четкости выполнения процедуры.
3. Постелить клеенку, накрыть ее пеленкой.
4. Вымыть и осушить руки, одеть фартук, перчатки.

Выполнение процедуры:

1. Уложить ребенка в кровать на левый бок с приведенными к животу ногами (учет анатомической особенности расположения прямой и сигмовидной кишки).

Примечание: ребенка до 6 месяцев можно уложить на спину и приподнять ноги вверх.

2. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении. Правой рукой взять лекарственную свечу и осторожно, без усилий ввести ее узким концом в анальное отверстие, направляя сначала к пупку, а затем, преодолев сфинктеры, параллельно копчику для облегчения введения лекарственной свечи в прямую кишку и учета анатомических изгибов прямой кишки.
- 3.левой рукой сжать ягодицы ребенка на 5-10 минут (время, необходимое для уменьшения спазма гладкой мускулатуры кишечника и начала всасывания лекарственного препарата).
4. Уложить ребенка на живот.

Завершение процедуры:

1. Одеть ребенка.
3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор.
4. Вымыть и осушить руки.
5. Проследить, чтобы ребенок находился в горизонтальном положении в течение 30 минут после проведения процедуры для достижения максимального эффекта.

Постановка газоотводной трубки.

Цель: выведение газов из кишечника.

Оснащение: газоотводная трубка, вазелиновое масло, лоток для оснащения, лоток с водой для контроля отхождения газов, лоток для использованного материала, пеленки, клеенка, резиновые перчатки и фартук.

Обязательное условие: отсутствие трещин прямой кишки, острых воспалительных изменений в области толстого кишечника и заднего прохода.

Подготовка к процедуре:

1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, установить доброжелательные отношения (осознанное участие в процедуре).
2. Вымыть и осушить руки.
3. Одеть фартук и перчатки.
4. Подготовить необходимое оснащение.

5. Сделать на газоотводной трубке метку глубины введения для обеспечения достижения сигмовидной кишки.

Примечание: для детей раннего и дошкольного возраста используют газоотводную трубку длиной 15-30 см, для школьников – 30-50 см, она вводится у грудных детей на 7-8 см, от 1 до 3 лет – 8-10 см, от 3 до 7 лет -10-15 см, в школьном возрасте – 20 см.

6. Постелить в кроватке клеенку, пеленку, подгузник.

7. Выложить еще 2 пеленки (в одну вкладывается конец газоотводной трубки, другой подсушивается ребенок после подмывания).

8. Смазать вводимый конец газоотводной трубки вазелиновым маслом методом полива для облегчения введения газоотводной трубки в прямую кишку и предупреждения неприятных ощущений у ребенка.

9. Распеленать (раздеть) ребенка, оставив распашонки.

Выполнение процедуры:

1. Уложить ребенка в кроватку на левый бок с приведенными к животу ногами (учет анатомической особенности расположения прямой и сигмовидной кишки, для лучшего отхождения газов).

Примечание: ребенка до 6 месяцев можно уложить на спину и приподнять ноги вверх.

2. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении.

3. Для предупреждения возможного вытекания содержимого кишечника во время введения газоотводной трубки, пережав свободный конец газоотводной трубки, осторожно, без усилий ввести ее правой рукой вращательно-поступательными движениями в анальное отверстие до метки, направляя ее сначала к пупку, а затем, преодолев сфинктеры, параллельно копчику.

4. Проверить отхождение газов, опустив конец газоотводной трубки в лоток с водой (контроль положения газоотводной трубки).

Примечание: при отхождении газов в воде появятся пузырьки, если газы не отходят, изменить положение газоотводной трубки, перемещая ее назад или вперед.

5. Положить наружный конец газоотводной трубки в рыхло сложенную пеленку.

6. Провести массаж живота по часовой стрелке в целях стимуляции отхождения газов.

7. Прикрыть ребенка пеленкой в целях предотвращения переохлаждения.

8. Засечь время в целях предупреждения развития осложнений (пролежней).

Примечание: газоотводную трубку ставят на 30-60 минут.

Завершение процедуры:

1. Извлечь газоотводную трубку из прямой кишки, пропустив ее через салфетку и погрузить в дезраствор.

2. Обработать перианальную область шариком, смоченным вазелиновым маслом в целях профилактики раздражения кожи.

3. Запеленать (одеть) ребенка.

4. Снять фартук, перчатки, поместить их в дезраствор.

5. Вымыть и осушить руки.

Фракционное дуоденальное зондирование.

Цель: определить тип дискинезии желчевыводящих путей, обнаружить лямблии.

Оснащение: резиновые перчатки стерильный дуоденальный зонд с оливой, полотенце, 33%-ный раствор сернокислой магнезии, подогретый до 39-40°C, стерильный шприц в лотке, кипяченая вода, штатив с 7 промаркированными пробирками: А – 1 шт.; В – 5 шт.; С – 1 шт.; набор резервных пробирок; грелка, заполненная теплой водой и обернутая полотенцем или пеленкой, сложенной в 4 слоя; емкость для сбора желудочного содержимого в ходе продвижения зонда в 12-перстную кишку; часы, бумага, ручка для фиксирования времени; бланк-направление в клиническую лабораторию; лоток для отработанного материала.

Обязательное условие: проводить процедуру утром натощак.

Подготовка к процедуре:

1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие (обеспечение права на информацию, участие в процедуре).
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Выписать направление в клиническую лабораторию.
4. Вымыть и осушить руки, одеть перчатки.
5. Усадить ребенка.
6. Сделать первую метку на зонде, измерив зондом расстояние от мочки уха до кончика носа и от кончика носа до конца мечевидного отростка для определения расстояния до желудка.
7. Сделать вторую метку на зонде, измерив расстояние от конца мечевидного отростка до пупка + 2 см для определения расстояния до 12-перстной кишки.

Выполнение процедуры:

1. Взять зонд правой рукой на расстоянии 10-15 см от «слепого конца», а левой рукой поддерживать его свободный конец.
2. Смочить «слепой» конец зонда кипяченой водой методом полива для облегчения введения зонда и предупреждения возникновения неприятных ощущений у ребенка.
3. Попросить ребенка открыть рот и положить «слепой конец» зонда по средней линии на корень языка для предупреждения возникновения рвотных движений.
4. Предложить ребенку закрыть рот, глубоко дышать и делать глотательные движения.
5. Во время глотательных движений ввести зонд до первой метки (во время глотательных движений зонд легче продвигается в желудок).

Примечание: если ребенок во время введения зонда начал кашлять, задышаться, немедленно извлечь зонд.

6. Уложить ребенка на правый бок на грелку, обернутую полотенцем или пеленкой, сложенной в 4 слоя. Передвижение зонда в 12-перстную кишку происходит под действием силы тяжести оливы и с помощью перистальтики желудка.
7. Опустить свободный конец зонда в емкость, предназначенную для сбора желудочного содержимого во время продвижения зонда.
8. Предложить ребенку самостоятельно во время глотательных движений медленно в течение 20-30 минут продвинуть зонд до второй метки.
9. Завести зонд за зубы указательным пальцем правой руки в целях профилактики рвоты.
10. Попросить ребенка сжать зубы и не разжимать их до конца зондирования. Открытие рта ведет к попаданию зонда на корень языка и появлению рвотного рефлекса.
11. При появлении в емкости секрета светло-желтого цвета поместить свободный конец зонда в пробирку А и собрать кишечную порцию (до ее прекращения или изменения цвета).

Примечание: изменение цвета порции А происходит в случае очень слабого тонуса сфинктера Одди, когда без дополнительных мероприятий истекает порция В из желчного пузыря.

12. С помощью шприца ввести через зонд теплый раствор серноокислой магнезии в количестве 20-30 мл. 33%-ный раствор серноокислой магнезии раздражает, способствует открытию сфинктера Одди и стимулирует сокращение желчного пузыря.
13. Зафиксировать время ее введения. Время введения серноокислой магнезии – это время отсчета для определения времени открытия сфинктера Одди.
14. Подняв свободный конец зонда вверх, зажать его на 1-2 минуты для создания условий для прохождения и действия раствора серноокислой магнезии.
15. Разжать зонд и опустить его свободный конец в первую пробирку В.
16. Зафиксировать на бумаге время появления порции В. Отрезок времени, прошедший с момента введения магнезии до появления порции В, соответствует времени открытия сфинктера Одди.
17. Собирать «пузырную» порцию В по 5 минут в четыре пробирки, в пятой пробирке оставить зонд до изменения цвета желчи. Определить равномерность истечения по сравнению уровней желчи в пробирках. Изменение цвета свидетельствует о появлении печеночной порции С.

Примечание: при большом количестве порции В добавить для ее сбора резервные пробирки.

18. Зафиксировать время появления печеночной порции С. Время, прошедшее с момента появления порции В до изменения ее цвета, равно времени истечения порции В.

19. Перенести зонд в пробирку С.

20. Собрать 5-10 мл печеночной порции С (достаточное количество для исследования).

21. Быстрым движением извлечь зонд через полотенце в целях профилактики рвоты.

22. Поместить зонд в лоток (механическая очистка зонда).

Завершение процедуры: а) весь использованный инструментарий подвергнуть дезинфекции, б) снять перчатки, в) вымыть и осушить руки, г) организовать транспортирование полученного материала (в биксе) в лабораторию в сопровождении направления для получения результатов клинического исследования трех порций желчи.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желудочно-кишечного тракта.

При плановом **рентгенологическом исследовании желудка и тонкой кишки** за 2-3 дня из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию и вызывающие метеоризм: черный хлеб, картофель, бобовые, квашеную капусту, молоко, большое количество фруктов. Накануне исследования ужин должен быть не позднее 20.00. Утром в день исследования ребенок не должен ни пить и ни есть. Вечером накануне и утром в день исследования (не позднее, чем за 2 часа до начала исследования) делают очистительную клизму. При наличии большого количества газов клизму повторяют за 30 мин. перед исследованием. В экстренных случаях (подозрение на кишечную непроходимость, кровотечение и т.п.) подготовка к рентгенологическому исследованию верхних отделов пищеварительного тракта не проводится.

Подготовка к **рентгенологическому исследованию пищевода** аналогична той, которую проводят перед исследованием желудка и тонкой кишки. Для выявления несостоятельности пищеводно-желудочного перехода ребенка исследуют в положении Тренделенбурга, при котором таз расположен выше головы.

Рентгенологическое исследование толстой кишки производят спустя 24 часа после рентгенологического исследования верхних отделов пищеварительного тракта. Такой досмотр толстой кишки не требует специальной подготовки. Другим способом исследования является ирригоскопия, когда толстую кишку заполняют бариевой смесью через прямую кишку. В течение 2-3 дней исключают продукты, вызывающие газообразование, особенно фрукты, овощи и молоко. Пища должна быть отварной и легко усвояемой. При наличии упорного метеоризма ребенку дают 3 раза в день настой ромашки, после ужина ставят газоотводную трубку. Накануне ирригоскопии перед обедом больной принимает касторовое масло (от 5 до 15 г в зависимости от возраста), вечером с интервалом в 1 час ему дважды ставят очистительную клизму. Утром дают легкий завтрак и дважды с перерывом в 30 мин делают очистительные клизмы. При необходимости за 1 час до исследования вставляют газоотводную трубку.

Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей (холецистография) осуществляется путем введения в организм контрастного вещества и выполнения серии последующих рентгеновских снимков. Различают оральную и внутривенную холецистографии. При первом методе исследования ребенок через рот за 12 час до холецистографии получает контрастные йодсодержащие вещества («Холевид» и др.). Накануне больной принимает легкоусвояемую пищу, 3 раза в день настой ромашки. Вечером и утром за 2-2,5 часа до холецистографии делают очистительную клизму из теплой воды или настоя ромашки. В рентгеновском кабинете больному дают желчегонный завтрак (2 сырых яйца, сметана), чтобы определить степень сокращения желчного пузыря, проходимость желчных ходов.

Накануне исследования проверяют чувствительность больного к контрастному веществу. Появление зуда, сыпи, озноба, головной боли, повышение температуры тела и прочие симптомы

свидетельствуют о непереносимости препаратов йода. В этом случае холецистография не проводится.

Фиброгастродуоденоскопия (Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки). Цель исследования: визуальное определение патологии этих органов, биопсия пораженной ткани и оценка эффективности лечения. Подготовка ребенка заключается в том, что утром в день исследования нельзя употреблять пищу и пить жидкость. В экстренных случаях, например при желудочно-кишечном кровотечении или попадании инородного тела внутрь, фиброгастродуоденоскопия проводится без учета приема пищи ребенком. После окончания процедуры прием пищи разрешается через 1-2 часа. В стационарных условиях провести пациента в палату, обеспечить наблюдение и покой.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Сестринское наблюдение за детьми с заболеваниями мочевой системы. Лабораторно-инструментальные исследования, подготовка к ним

Цель занятия: научить студента выполнять сестринские манипуляции при наблюдении за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Вопросы для самоподготовки:

1.Определение суточного диуреза и водного баланса;

2.Сбор мочи для общего анализа у детей различного возраста

3.Сбор мочи на бактериологическое исследование

4.Сбор мочи для пробы Нечипоренко.

5. Методика проведения пробы Зимницкого.

6.Подготовка ребенка к ультразвуковому исследованию, цистографии, экскреторной урографии

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах методик сестринских манипуляций) 2. Самостоятельная работа у постели больного, работа во	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ Симуляционный класс	

	вспомогательных отделениях, изучение методик обследования			
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы. Для осуществления контроля за диурезом у детей производят сбор мочи выделенной за сутки. Обычно используют стеклянную банку. У маленьких детей, не имеющих сформированного произвольного мочеиспускания, сбор мочи производится в специальные мочеприёмники, крепящиеся на теле с помощью липкой ленты. В конце суток количество мочи измеряют градуированным цилиндром.

Подготовка пациента и сбор мочи на общий анализ.

Показания: обследование

Материальное обеспечение:

- чистая сухая банка вместимостью 200-250 мл.
- направление на исследование

Подготовка пациента:

- объясните маме (ребенку) цель и правила исследования
- накануне пациенту необходимо воздержаться от употребления больших количеств моркови и свеклы, от приема мочегонных средств, сульфаниламидов
- нельзя менять питьевой режим за сутки до исследования
- перед забором мочи проведите туалет наружных половых органов

Последовательность выполнения:

1. Накануне исследования подготовьте широкогорлую стеклянную посуду (вымойте и высушите ее).
2. Подготовьте направление, в котором укажите: общий анализ мочи, Ф.И.О. пациента, возраст, отделение, номер палаты, поставьте дату и подпись.
3. Соберите утреннюю мочу – 100-150 мл.
4. Отправьте собранную мочу в лабораторию не позднее 9.00.

Примечание:

- посуду нельзя мыть раствором соды (моча быстро ощелачивается)
- нельзя использовать посуду из-под молока, синтетических моющих средств

Подготовка пациента и сбор мочи по Нечипоренко

Цель: количественное определение клеточных элементов в моче

Показания: по назначению врача

Материальное обеспечение:

- чистая сухая емкость
- направление на исследование

Последовательность выполнения:

1. Накануне исследования подготовьте чистую, сухую емкость.
2. Промаркируйте посуду, выдайте пациенту.
3. Подготовьте направление, в котором укажите: анализ мочи по Нечипоренко, Ф.И.О. пациента, возраст, отделение, номер палаты, поставьте дату и подпись.
4. Объясните пациенту, что на исследование необходимо собрать среднюю порцию мочи, предварительно проведя туалет наружных половых органов.
5. Доставьте собранную мочу в лабораторию.

Подготовка пациента и сбор мочи по Зимницкому.

Показания: заболевания почек.

Материальное обеспечение: чистые промаркированные сухие емкости (10), направление

Подготовка пациента: а) перед проведением исследования отмените мочегонные препараты, б) ограничьте употребление жидкости до 1,5 л в сутки (подростку), чтобы не произошло увеличения диуреза и снижения относительной плотности.

Последовательность выполнения:

1. Вымойте и просушите 8 флаконов емкостью 200мл и 2-3 дополнительных.
2. Оформите этикетку на каждый флакон, в которой укажите: анализ мочи по Зимницкому, порция №1, 9.00, Ф.И.О. пациента, возраст, отделение, номер палаты, поставьте дату и подпись.
3. Объясните пациенту, что в день исследования он должен опорожнить мочевой пузырь в унитаз в 6.00, затем последующие порции мочи собрать в приготовленную посуду: порция №1 - 9.00; №2 - 12.00; №3 - 15.00; №4 - 18.00; №5 - 21.00; №6 - 24.00; №7 - 3.00; №8 - 6.00.
4. Ночью, в положенное время сбора мочи, разбудите пациента.
5. Утром, не позднее 8.00, отправьте все порции мочи в клиническую лабораторию.

Примечание: если моча не поместилась, то она собирается в дополнительную емкость, на этикетке пишется: «Дополнительная моча к порции №.....». При отсутствии мочи в положенное время емкость отправляется в лабораторию пустой.

Сбор мочи для бактериологического исследования.

Показания: определение бактериурии

Материальное обеспечение: стерильный флакон с пробкой, направление.

Последовательность выполнения:

1. Объясните маме (ребенку) правила сбора мочи на исследование, обратите внимание на проведение тщательного туалета наружных половых органов.
2. Затем пациент раскрывает пробирку, мочится в нее (собирают только из «средней» порции мочи), наполняя пробирку на $\frac{1}{2}$ или $\frac{3}{5}$, после чего закупоривают ее.
3. Отправьте собранную мочу в лабораторию не позднее 9.00.

Примечание: а) процедуру следует проводить четко и быстро, так, чтобы флакон оставался открытым минимальное время и края его не соприкасались с нестерильными поверхностями. б) мочу для бактериологического исследования необходимо собирать, соблюдая стерильность, чтобы исключить попадание бактерий из окружающей среды.

При подготовке ребёнка к рентгенологическому исследованию следует:

- проследить, чтобы пациент в течение 2-3-х дней, предшествующих исследованию, соблюдал диету, исключающую бобы, молоко, черный хлеб, минеральную воду и другие продукты, вызывающие метеоризм;
- при метеоризме назначить эспумизан или активированный уголь;
- при запорах накануне исследования, в 22 часа, поставить очистительную клизму, состоящую из 1-1,5 л воды комнатной температуры с добавлением 1 стакана настоя ромашки (при нормальной функции кишечника очистительную клизму ставить не следует);
- утром за 3 часа до процедуры повторно поставить очистительную клизму;
- проследить, чтобы пациент в день исследования не принимал пищу и воду, а непосредственно перед исследованием помочился;
- если предстоит исследование с применением контрастных йодсодержащих веществ, то по назначению врача за сутки до исследования больному внутривенно ввести 1 мл препарата и наблюдать за пациентом. При появлении аллергической реакции: озноба, кожного зуда, повышения температуры тела - информировать врача.

УЗИ почек и мочевого пузыря, органов малого таза проводится при наполненном мочевом пузыре. Для подготовки к УЗИ за 30-40 мин ребенку необходимо выпить любой негазированной жидкости из расчета 5-10 мл на 1 кг веса ребенка. Пациент направленный на

УЗИ, должен иметь: сменную обувь, историю болезни (амбулаторную карту), полотенце, простыню

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Сестринское наблюдение за детьми с инфекционными заболеваниями. Профилактика инфекционных заболеваний

Цель занятия: научить студента выполнять сестринские манипуляции при инфекционных заболеваниях у детей

Вопросы для самоподготовки:

1. Правила проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекционного заболевания.

2. Правила оформления экстренного извещения в СЭС (форма №058/у).

3. Техника забора испражнений для копрологического и бактериологического исследований.

4. Техника забора слизи из носа, зева.

5. Приготовление дезинфицирующих растворов, проведение текущей и заключительной дезинфекции.

6. Подготовка ребенка к проведению люмбальной пункции.

7. Принципы оральной регидратации

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах методик сестринских манипуляций) 2. Самостоятельная работа у постели больного, работа во вспомогательных отделениях, изучение методик обследования	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ Симуляционный класс	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня	. 9.10-9.25		Ситуационные задачи

	знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.25-9.30		
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Огромное значение в организации помощи детям с инфекционными заболеваниями имеет ранняя диагностика и своевременная изоляция больного. В основном применяют две формы изоляции больных - госпитализация и стационар на дому. При госпитализации доставка больного ребенка в инфекционный стационар осуществляется санитарным транспортом, который в дальнейшем подвергается дезинфекции. Инфекционная больница, в отличие от соматической, имеет ряд особенностей. Устройство и принципы работы этого учреждения подчинены, в частности, задаче предупреждения распространения инфекций, прежде всего, внутрибольничных. Для разобщения больных детей помещают в боксы системы Мельцера. Вещи больного складывают в мешки и отправляют для дезинфекции. В дальнейшем их хранят на складе до выписки пациента. Важным этапом ухода за больным с инфекционным заболеванием является строгое соблюдение санэпидрежима, направленное на предупреждение распространения инфекции. Тщательно 2-3 раза в день проводят влажную уборку помещения с применением водномыльного раствора. Предметы ухода, постельное белье, пеленки обрабатывают 0,5 % раствором хлорамина в течение 30 мин или другими дезинфицирующими растворами. У лежачих больных проводится тщательный уход за кожными покровами и слизистыми оболочками, включая профилактику пролежней: ежедневное обтирание 70 % раствором спирта кожи в местах их потенциального появления, применение «резиновых подушечек» под участками гиперемии кожи; контролируются функции дефекации и мочеиспускания. Ежедневно проводятся такие гигиенические процедуры, как умывание и чистка зубов. Если состояние больного позволяет, то он сам чистит зубы утром и вечером. Тяжелым больным медицинские сестры обрабатывают слизистую оболочку рта тампонами, смоченными слабыми дезинфицирующими растворами: перекиси водорода, бикарбоната натрия (3 % раствор). После приема пищи ребенку предлагают прополоскать рот водой, используют противовоспалительные бальзамы для полости рта и др. Туалет ротовой полости у инфекционных больных предупреждает развитие стоматита, воспалений околоушных слюнных желез (паротита), среднего уха.

У тяжелых и лихорадящих больных часто наблюдается сухость губ, которая способствует образованию трещин и корок, а в углах рта - «заед», что является следствием гиповитаминоза. Для их устранения рекомендуется смазывать губы гигиенической губной помадой, вазелином или косметическими кремами.

При рините постоянно следят за проходимостью носовых ходов, для чего используют физиологический раствор или «Аква Марин», детям старшего возраста по показаниям закапывают сосудосуживающие капли. При образовании и скоплении сухих корок их размягчают вазелиновым маслом и удаляют с помощью ватного тампона. У лихорадящих детей могут отмечаться «склеивание» ресниц после сна. В таких случаях глаза следует промыть марлевым или ватным тампоном, смоченным крепким настоем чая, в направлении от наружного угла глаза к внутреннему.

В боксах (палатах) необходимо соблюдать чистоту, регулярно проветривать помещение, поддерживая температуру воздуха 18-20 °С. В отделении, где находится больной, соблюдают тишину, что особенно важно во время «тихого часа» и ночью. Недопустимы громкий разговор, а тем более смех на посту и в палатах. Не следует давать оценку тяжести состояния больного - в стационаре это прерогатива врача. Важно следить

за чистотой постели и белья больного, поскольку это создает комфорт и улучшает настроение. Нательное и постельное белье меняют по мере необходимости (не реже 1 раза в неделю), а при загрязнении белье меняется незамедлительно. Нельзя использовать высушенное белье. Перед каждой сменой нательного белья тело больного насухо протирают полотенцем. Лихорадящий ребенок не должен находиться в прохладном и влажном белье, что резко увеличивает риск развития осложнений (пневмонии и т.д.). Если больной не в состоянии самостоятельно пользоваться ванной или душем, то необходимо делать обтирание кожи, обращая внимание на обработку кожных складок. Лихорадка не является противопоказанием к проведению гигиенических мероприятий. О каждой смене белья медицинская сестра делает пометку в истории болезни или в температурном листе.

После выписки больного проводится заключительная дезинфекция бокса или палаты. Реконвалесцент снимает в выписной комнате больничную одежду, принимает душ или ванну, надевает личную одежду и покидает отделение через выход, предназначенный для здоровых лиц.

Раздачу пищи больным производят раздатчицы или медицинские сестры, причем только в халатах с маркировкой «для раздачи пищи». Технический персонал, занятый уборкой палат или других помещений отделения, к раздаче пищи не допускается. Больные принимают пищу в боксах или палатах, а не в столовых. В боксированном отделении пища подается в бокс через специально оборудованную нишу («окно») с двойными дверцами (со стороны коридора и со стороны тамбура бокса). Буфетные разделяются на «чистую» и «грязную» половины застекленной перегородкой с окном для передачи обеззараженной посуды. После приема пищи посуду собирают в буфетной на отдельном столе, освобождают ее от остатков пищи, моют с добавлением горчицы и обеззараживают в сухожаровых стерилизаторах при температуре 130 °С в течение 45 мин. Остатки пищи сбрасывают в специальный бак с крышкой и обеззараживают путем добавления сухой хлорной извести из расчета 200 г/кг с экспозицией 60 мин. Стол для грязной посуды, мочалки, щетки дезинфицируют после каждого использования. Уборочный материал (ветошь) погружается в 1 % раствор хлорамина на 60 мин. Выделения больного (фекалии, моча, рвотные массы, мокрота и т. п.) засыпают сухой хлорной известью из расчета 200 г/кг и выдерживают 60 мин. Медицинская сестра должна знать и соблюдать правила работы в инфекционном отделении, чтобы не заразиться самой, не заразить больного и не вынести инфекцию за пределы больницы. Перед началом работы в инфекционном стационаре медицинские работники надевают спецодежду: халат, колпак или косынку и легкие тапочки (туфли). В предбоксы должны быть халаты, шапочки или косынки для обслуживающего персонала (врача, сестры, младшей медсестры), сосуд с дезраствором, мыло, полотенце. При входе в бокс персонал моет руки, надевает второй халат, шапочку или косынку, маску (при воздушно-капельных инфекциях), а возвращаясь, снимает их и вешает на то же место, обрабатывает руки дезинфектантом, а затем моет с мылом. Медперсонал, обслуживающий больных дифтерией и менингококковой инфекцией, обследуется на носительство соответствующих микробов. Медперсонал с симптомами гриппа и ОРВИ не должен допускаться к работе. Все медработники инфекционной больницы должны систематически проходить медицинские осмотры. Им делаются профилактические прививки (против дифтерии, вирусных гепатитов). Во время эпидемических вспышек или возникновения опасных инфекций проводится экстренная внеплановая иммунизация, серо-, фаго- и химиопрофилактика. Закончив дежурство, медработник снимает спецодежду и при желании моется под душем в санитарном пропускнике для персонала. Посещения больных родственниками и знакомыми должны быть максимально ограничены. Каждый посетитель обязан надеть больничные халат, шапочку (косынку), обувь. После общения с больным он снимает их, моет руки, получает свою одежду и обувь. Вынос из отделения предметов, с которыми соприкасался больной (письма, посуда, личные вещи и т. д.), без предварительной дезинфекции не разрешается.

Непременное условие сестринского процесса – совместное участие медицинской сестры и самого пациента в осуществлении ухода за ним, что должно быть направлено на быстрое восстановление независимости человека. Исходя из вышеизложенных основных положений сестринского процесса, мы остановимся на его особенностях в клинике инфекционных болезней. Первый этап сестринского процесса – обследование пациента. Оно начинается с выяснения паспортных данных и жалоб больного (не только констатация, но и детализация их). В анамнезе заболевания выясняется динамика болезни от появления первых симптомов до их исчезновения. Особое внимание уделяется эпидемиологическому анамнезу, направленному на выяснение источника инфекции и путей заражения пациента. Далее выявляются объективные данные: определение роста и массы тела, частоты пульса и дыхания, измерение температуры тела и АД, состояние кожных покровов и сознания, положение в постели, естественные отправления, суточный диурез и т. п. Проводится оценка психосоциальной обстановки, в которой находится пациент: его поведение, факторы риска, влияние окружающей среды на состояние здоровья. Анализируются результаты лабораторных исследований. Обследование пациента проводится в динамике болезни с обязательной фиксацией данных в медицинских документах – медицинской карте стационарного больного (история болезни), индивидуальной карте амбулаторного больного и особенно в сестринской истории (карте наблюдения и ухода).

Второй этап сестринского процесса – определение проблем пациента, которые подразделяются на настоящие (существующие) и потенциальные. Настоящие проблемы – это проблемы, существующие в данное время. Так, при лихорадочных заболеваниях с выраженным синдромом интоксикации (грипп, брюшной тиф, сыпной тиф) больного беспокоят общая слабость, озноб, головная боль, нарушение сна и сознания, мышечные и суставные боли. При острых кишечных инфекциях выражены снижение аппетита, тошнота, рвота, сухость во рту, дискомфорт в животе, диарея или запор и т. д. Среди множества проблем, обусловленных конкретным заболеванием, следует выделить приоритетные (первоочередные), которые без оказания помощи пациенту могут ухудшить его состояние. Так, без своевременного восполнения потерянной жидкости при холере у пациента развивается гиповолемический шок с падением сердечно-сосудистой деятельности; при менингококцемии в случае неадекватной этиопатогенетической терапии может развиваться инфекционно-токсический шок. Помимо вышеупомянутых проблем, связанных с физическим состоянием больных, возникают не менее важные проблемы психологического характера. Так, сам факт заболевания является большой психотравмой для пациента (боязнь заразить окружающих, страх перед болезнью и ее исходом, опасение потерять работу). Госпитализация в стационар волнует пациента не меньше: оторванность от родных, близких и коллег, смена домашней обстановки на больничную, боязнь заразиться в стационаре другими заболеваниями.

Серьезные психологические проблемы появляются у больных ВИЧ-инфекцией. Так, при получении положительного ответа серологического исследования крови на ВИЧ-инфицированность у пациента появляется проблема развития процесса в дальнейшем. После установления диагноза психологические проблемы пациента усиливаются (с одной стороны – негативное отношение коллег, друзей и даже родственников, с другой – кажущееся чрезмерное внимание к человеку). В процессе заболевания (значительная потеря массы тела, кожные высыпания, сопутствующие заболевания, снижение памяти и т. д.) изменяется внешний вид больного, что также является беспокоящей его проблемой. Но основная проблема – знание исхода заболевания, что накладывает отпечаток на образ жизни пациента. Только грамотная медицинская сестра, знающая механизм развития патологического процесса при ВИЧ-инфекции, вместе с врачом может смягчить все проблемы пациента, возникающие на разных этапах болезни.

Одновременно с существующими проблемами следует обратить внимание на потенциальные проблемы, которые могут появиться в динамике заболевания. Например, у

больного ботулизмом в первые дни пребывания в стационаре происходит значительное снижение остроты зрения (не может читать обычный печатный текст). Вследствие незнания патогенеза болезни у пациента появляется беспокойство за необратимость данного состояния. Чаще всего потенциальные проблемы возникают при развитии осложнений инфекционных болезней. Так, при тяжелых формах брюшного тифа в процессе болезни могут появиться пролежни, пневмония, перфорация язв кишечника и кишечное кровотечение. Медицинской сестре важно определить факторы, способствующие развитию этих состояний. Так, длительное нахождение пациента в постели в положении лежа способствует развитию застойной пневмонии и пролежней, а чрезмерная активность (нарушение положенного постельного режима) провоцирует перфорацию стенки кишечника и кишечное кровотечение. Потенциальные проблемы пациента можно предвидеть, только зная патогенез и клиническое течение инфекции.

На втором этапе сестринского процесса медицинская сестра должна установить настоящие и потенциальные отклонения от комфортного состояния больного, определить, что наиболее тяготит пациента, и в меру своей компетентности ликвидировать или уменьшить эти отклонения. Оценка потребностей пациента проводится на основании целостного подхода к его личности с учетом физических, интеллектуальных, психологических, социальных и прочих факторов. Выявленное несоответствие потребностей пациента формируется как проблема (сестринский диагноз). Сестринский диагноз ни в коем случае не подменяет врачебный диагноз. Врачебный диагноз определяет нозологическую форму заболевания, а сестринский – особенности реакций пациента в связи с развитием данного заболевания.

Сестринский диагноз устанавливается только после обследования больного и выявления всех его проблем. В виде сестринского диагноза медицинская сестра дает описание реакций организма на фактические и потенциальные проблемы, возникающие у больного в ответ на развитие инфекционного заболевания, и устанавливает вероятные причины возникновения этих проблем. Третий этап сестринского процесса – планирование сестринской помощи. Он включает: постановку целей (краткосрочных и долгосрочных); определение совместно с пациентом желаемых результатов ухода; • определение типов сестринских вмешательств, необходимых пациенту (зависимых, взаимозависимых и независимых); планирование сестринских вмешательств; • обсуждение с пациентом плана ухода; • знакомство с планом ухода тех, кто осуществляет сестринский уход.

Постановка цели сестринского ухода дает эффект при индивидуальной работе с пациентом. Составление плана ухода определяется наличием стандартов сестринской практики. План должен иметь конкретные сроки реализации: короткие (не более 1 недели) и длительные (недели, месяцы). Четвертый этап сестринского процесса – реализация составленного плана. Основным на этом этапе является выполнение типов сестринских вмешательств, необходимых пациенту (независимых, зависимых и взаимозависимых).

Независимое сестринское вмешательство – это действия медицинской сестры по собственной инициативе без прямых указаний со стороны врача. Так, медицинская сестра знакомит пациента с особенностями пребывания его в инфекционном стационаре, соблюдением необходимого санитарно-противоэпидемического режима, обучает пациента правилам личной гигиены, при поражении слизистых оболочек полости рта – методике их обработки. При кишечных инфекциях с обезвоживанием сестра обучает пациента приготовлению солевых растворов для оральной регидратации и правильному их использованию. При возникновении неотложных состояний (гипертермический синдром, инфекционно-токсический или анафилактический шок) медицинская сестра должна срочно определить основные проблемы пациента в экстремальной ситуации и оказать ему неотложную доврачебную помощь. При выполнении независимых вмешательств между медицинской сестрой и пациентом должно быть взаимопонимание, взаимное доверие, что повышает уверенность пациента в выздоровлении. *Зависимое сестринское*

вмешательство заключается в выполнении назначений врача под его контролем. Это обеспечение приема лекарств, выполнение парентеральных инъекций с лечебной и диагностической целями (забор крови из вены для лабораторных исследований), подготовка пациента к диагностическим процедурам (люмбальной пункции, гастрофиброскопии, ректороманоскопии и др.), постоянный контроль за самочувствием пациента. *Взаимозависимое сестринское вмешательство* заключается в совместной работе медицинской сестры с врачом и другими специалистами. Выполнение плана сестринских вмешательств документируется в карте сестринского ухода. Пятый этап сестринского процесса – оценка эффективности проделанной работы, которая включает сопоставление достигнутого результата с запланированным, оценку эффективности проведенных вмешательств, критический анализ всех этапов сестринского процесса. Все этапы сестринского процесса документируются в карте сестринского наблюдения и ухода.

Эпидемический очаг – это место пребывания источника инфекции и окружающей его территорией в тех пределах, в которых возбудитель способен передаваться от источника инфекции к людям, находящимся в общении с ними. Направленности и содержание противоэпидемических мероприятий:

1-е звено эпидемического процесса: зараженные люди; режимно-ограничительные мероприятия; выявление; выяснение эпидемиологического анамнеза; диагностика; изоляция дома или госпитализация; сообщение в Роспотребнадзор; лечение; диспансерное наблюдение

2-е звено эпидемического процесса: факторы окружающей среды; санитарно-гигиенические мероприятия; дезинфекция; переносчики возбудителя; дезинсекция.

3-е звено эпидемического процесса: лица, общавшиеся с источником инфекции (контактные); выявление всех вступавших в контакт; наблюдение контактных в течении максимального инкубационного периода; поиск среди контактных источника возбудителя инфекции; выявление восприимчивых; защита контактных (экстренная профилактика: иммуноглобулины, бактериофаги, вакцины, химиопрепараты и др.).

Техника забора испражнений для копрологического и бактериологического исследований.

Подготовка к манипуляции: объяснить пациенту (родителям) необходимую информацию о процедуре, получить их согласие; вымыть и осушить руки; надеть перчатки

Выполнение манипуляции: уложить ребенка на левый бок спиной к себе; взять стерильную пробирку с проволочной петлей и консервантом; левой рукой развести ребенку ягодичы; извлечь петлю из пробирки; осторожно ввести петлю в анальное отверстие на 3-4 см (в раннем возрасте) и на 8-10 см (у старших детей), петлю вначале продвигают к пупку, затем параллельно позвоночнику; легким вращательным движением материал берется со слизистой прямой кишки; осторожно извлечь петлю и поместить ее в пробирку, не касаясь стенок

Окончание манипуляции: снять перчатки, поместить их в дезраствор; отправить материал в лабораторию.

Техника забора слизи из носа, зева

Процедуру проводят утром до приема пищи и полоскания полости рта и зева дезинфицирующими средствами. В срочных случаях в течение дня, но ч/з 2 часа после приема пищи.

Оснащение: проточная вода, мыло, полотенце, стерильные перчатки, маска; 2 стерильные сухие пробирки, пропитанные, внутри которых ватный тампон, намотанный на проволочку или деревянную палочку, пропущенную через пробку; штатив, стерильный шпатель, бланк направления.

Подготовка к манипуляции: приготовить все необходимое; вымыть и осушить руки, надеть перчатки и маску

Выполнение манипуляции: усадить ребенка лицом к свету, помощник своими ногами фиксирует ноги ребенка, левой рукой его руки, а правой - голову, положив ладонь на лоб ребенка и слегка наклонив его голову; взять одну из пробирок в левую руку и слегка приподнять большим пальцем кончик носа ребенка; правой рукой достать из пробирки «Н» тампон, не касаясь им стенок и краев пробирки; ввести тампон, не касаясь наружной поверхности носа, сначала в один, затем в другой носовой ход и снять слизь; осторожно, не касаясь краев наружной поверхности и стенок пробирки, ввести тампон внутрь ее, пробирку поставить в штатив; с теми же предосторожностями достать тампон из 2-ой пробирки «З»; взять шпатель в левую руку и открыть рот ребенку, надавить на корень языка; осторожно, не касаясь тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, снять налет с правой миндалины, правой небной дужки, маленького язычка, левой дужки, левой миндалины и задней стенки глотки; поместить тампон обратно в пробирку с теми же предосторожностями; на верхний конец проволоки прикрепить направление в лабораторию; во избежания высыхания, взятый материал безотлагательно отправить в лабораторию.

Окончание процедуры: снять перчатки, погрузить в дезраствор; вымыть и осушить руки, снять маску;

Подготовка ребенка к люмбальной пункции

Пункцию проводит врач в процедурном кабинете, кроме врача участвуют 2 медсестры. Помещение перед пункцией обрабатывается хлорсодержащими растворами, кварцуется в течение 30 минут.

Алгоритм действий:

<i>Выполнение.</i>	
1. Объяснить (ребёнку) родственникам цель и ход процедуры	
Приготовить: специальную стерильную иглу с мандреном, 5 стерильных пробирок в штативе, пинцет, спирт, йод, марлевые шарики, клеол.	
Ребенка уложить на стол набок без подушки, голову сгибают к подбородку, ноги подтягивают к животу. М/сестра фиксирует ребенка в таком положении.	
4. Надеть маску, вымыть руки с мылом, надеть перчатки, обработать руки спиртом.	
5. Врач дезинфицирует йодом и спиртом кожу вдоль позвоночника, м/сестра прощупывает ости подвздошных костей ребенка и соединяет их прямой линией тампоном, смоченным йодом.	
6. Место предполагаемого прокола м/сестра обкалывает подкожно 0,25% раствором новокаина.	
7. Сделав прокол, врач вынимает мандрен из иглы.	
8. Первые капли спинномозговой жидкости не собирают, они должны упасть в таз, стоящий на полу. Затем м/сестра подставляет стерильные пробирки и собирает по 2-3 мл в каждую пробирку, в общем количестве 6-8 мл. Кроме того, 1-2 капли берут в пробирку для реакции Панди.	
9. После забора спинномозговой жидкости иглу осторожно вынимает врач, а место прокола заклеивает стерильной ватой, смоченной клеолом.	
10. Две пробирки направляют в клиническую лабораторию для биохимического и цитологического исследования (подсчет форменных элементов, определение кол-ва белка, сахара, хлоридов). Третью пробирку направляют в бак.лабораторию в стакане с теплой водой или в	-.

грелках. Четвертую пробирку – в вирусологическую лабораторию, если предполагается вирусный характер заболевания, в термосе со льдом.	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Больного в горизонтальном положении переключают на каталку животом вниз и м/сестра доставляет его в палату, где его переключают на кровать. В течение 2 часов ребенок должен лежать без подушки на животе спокойно. Кормить его не следует. В течение двух суток следить, чтобы ребёнок соблюдал строгий постельный режим

Регидратационная терапия лежит в основе патогенетической сущности ОКИ и направлена на восстановление потерь воды и электролитов. У больных с токсикозом I и II степени, при отсутствии неукротимой рвоты и выраженной анорексии для регидратационной терапии применяется метод орального введения жидкости. Простота использования, дешевизна препаратов, удобство для больных и медперсонала делают этот метод лучшим способом лечения больных с легкими и среднетяжелыми формами болезни. Растворы для оральной регидратации ("Оралит", "Орезол", "Оразол", "Хлоразол", "Литрозол", Глюкосолан", "Регидрон" и др.) состоят из 3,5 г натрия хлорида, 2,5 г калия хлорида, 2,9 г натрия цитрата и 10 г глюкозы, растворяемых в 1-ом литре свежеекипяченной воды. В настоящее время осуществляется промышленный выпуск растворов III поколения для регидратации, которые содержат в своем составе и питательные вещества (супер-ОРС и др.). Оральная регидратация проводится в два этапа.

Первый этап направлен на восстановление дефицита солей и воды, имеющегося до начала лечения. Он длится 4-6 часов. Ориентировочно объем глюкозо-солевых растворов на первом этапе регидратации составляет при легких и среднетяжелых формах болезни у детей с массой тела до 6 кг - 200-400 мл, до 9 кг - 400-600 мл, до 12-и кг - 600-800мл. При проведении оральной регидратации жидкость вводится малыми дозами (по 10-20 мл) через каждые 10-15 минут.

Второй этап лечения — регидратация проводится с целью возмещения потерь жидкости и электролитов со стулом, рвотой, перспирацией. Необходимо каждые 6 часов замерять эти потери и вносить коррекцию в проводимую терапию. Ориентировочно для поддерживающей терапии при легкой степени эксикоза требуется 50 мл раствора/кг массы тела ребенка, при среднетяжелой степени — 100 мл раствора/кг массы тела.

При недостаточном учете потерь воды и электролитов, особенно натрия, на фоне регидратационной терапии может развиваться пастозность тканей, уменьшиться диурез. Во избежание указанных осложнений (особенно у детей с сопутствующими пневмонией, нейротоксикозом, при выраженном колите) целесообразно половину вводимой жидкости заменить фруктовым отваром (яблочным, изюмным), подслащенным чаем с лимонным соком.

При ОКИ, протекающих с токсикозом II-III степени и сопровождающихся рвотой, анорексией, отказом от питья, прибегают к парентеральной регидратации. В начале терапии необходимо рассчитать суточный объем жидкости, которую нужно ввести. Он состоит из объема острой потери массы тела накануне болезни, суточной потребности в воде и электролитах, текущих патологических потерь. Если масса тела до болезни неизвестна, то степень обезвоживания определяют по клиническим признакам

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники

Цель занятия: изучить манипуляции медицинской сестры прививочного кабинета детской поликлиники

Вопросы для самоподготовки:

1. Понятие о вакцинопрофилактике.
2. Санитарно-эпидемиологические требования к организации работы прививочного кабинета
3. Оснащение прививочного кабинета.
4. Транспортировка и хранение вакцин (холодовая цепь).
5. Профилактика поствакцинальных осложнений.
6. Обязанности участковой медицинской сестры по организации прививочной работы.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.10 8.10-8.30	ДП Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1 Знакомство с работой прививочного кабинета 2. Знакомство с работой участковой медсестры	8.30-8.50 8.50-9.10	ДП	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	. 9.10-9.30 <i>11.10-10.20</i> <i>10.20-11.25</i>		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Вакцинация - одно из важнейших средств современной медицины в борьбе с инфекционными заболеваниями.

В настоящее время иммунопрофилактика получила широкое распространение на земном шаре. В мире ежегодно подвергается прививкам около 1,5 млрд. человек, что составляет более трети населения планеты. Результатом массового охвата населения прививками явилось резкое снижение заболеваемости многими инфекционными болезнями во всем мире, вплоть до практической ликвидации некоторых из них (натуральная оспа, дифтерия, полиомиелит и др.). Так, благодаря массовой иммунизации против натуральной оспы к 1977 г. на земном шаре удалось ликвидировать эту опасную инфекцию. Вследствие высокого охвата детей профилактическими прививками во многих странах практически ликвидирован полиомиелит, токсические формы дифтерии, значительно снизилась заболеваемость корью

Основным структурным подразделением, осуществляющим планирование проведения прививок, учет и отчетность, является прививочный кабинет городской детской поликлиники, ЦРБ. За планирование прививок, их проведение, учет, отчетность несут ответственность врач и медицинская сестра, на ФАПе - фельдшер.

Прививочный кабинет должен состоять из манипуляционного кабинета и кабинета, где хранится прививочная картотека. За полноту и правильность ведения документации несет ответственность персонал кабинета.

Отбор детей на прививку осуществляет педиатр (на ФАПе – фельдшер). Прививки проводятся в лечебно-профилактическом учреждении подготовленным медицинским персоналом. О дне проведения профилактических прививок детям необходимо заранее оповещать родителей.

В каждом прививочном кабинете должны быть: инструкции по применению вакцин; инструктивно-методические рекомендации; холодильник, специально предназначенный для хранения вакцин (в детских учреждениях вакцины не должны длительно храниться, а их количество должно соответствовать числу запланированных прививок); тонометр; термометр; одноразовые шприцы; электроотсос, средства противошоковой терапии (адреналин, норадреналин, глюкокортикоиды, антигистаминные средства, сердечные гликозиды); нашатырный спирт; этиловый спирт.

Перед вакцинацией педиатр проводит осмотр ребенка и термометрию. После введения вакцины необходимо обеспечить наблюдение за ребенком в течение 30-60 минут с последующим контролем его состояния в первые двое суток.

Перед введением вакцины необходимо тщательно проверить качество вакцинного препарата, его маркировку, целостность упаковки (ампулы, флакона). Рекомендованными местами введения вакцины являются передне-боковая область верхней части бедра и дельтовидная мышца.

Не подлежат использованию вакцины:

- с несоответствующими физическими свойствами;
- с нарушением целостности ампул или флаконов;
- с неясной или отсутствующей маркировкой на ампуле (флаконе);
- сорбированные, хранившиеся или транспортировавшиеся с нарушением температурного режима, особенно подвергавшиеся замораживанию;
- живые (коровая, паротитная), подвергшиеся действию температуры выше 8°C (вакцина БЦЖ - 4°C).

Вскрытие ампул, растворение лиофилизированных вакцин (коровой, паротитной) проводят в строгом соответствии с правилами асептики. Обработку места введения вакцины производят, как правило, 70% спиртом, если нет других указаний. Обработку эфиром проводят при постановке реакции Манту или введении вакцины БЦЖ.

Препарат во вскрытой ампуле (флаконе) хранению не подлежит!

При проведении процедуры вакцинации необходимо строго придерживаться соответствующих положений Инструкции по применению препарата.

Профилактические прививки в каждой стране производят по определенной схеме, т.е. по календарю, который разрабатывается, исходя из эпидемиологической ситуации в стране, наличия соответствующих вакцин и уровня организации здравоохранения. Календарь профилактических прививок периодически пересматривается с учетом изменяющейся заболеваемости, появлением новых вакцин и эффективностью их у детей разного возраста. Так, например, в Российской Федерации календарь за последние 10 лет изменялся 3 раза (2007 г., 2011 г., 2014 г.), когда были включены прививка против гриппа, гемофильной инфекции типа b и пневмококковой инфекции.

Обязанности медицинской сестры прививочного кабинета:

- получает вакцину, шприцы и все материалы на один день работы бригады;
- обеспечивает правильное хранение вакцины в течение рабочего дня;

- получает и следит за своевременным пополнением противошоковых средств и сроками их годности;
- проводит прививку в соответствии с инструкцией по применению вакцины;
- участвует в оказании медицинской помощи в случае возникновения поствакцинальных осложнений;
- обеспечивает обеззараживание и уничтожение остатков вакцины, использованных ампул, шприцев;
- возвращает остатки вакцины и другие материалы в поликлинику в тот же день.

Группы риска детей при проведении вакцинации.

Выделены 4 группы риска детей по возникновению побочных реакций в поствакцинальном периоде:

1 группа. Дети с аллергическими заболеваниями кожи, слизистых, респираторного тракта (экзема, нейродермит, бронхиальная астма). Дети с указанием в анамнезе на имевшие место аллергические реакции на ранее проводимые прививки или введение лекарств.

Следует учитывать, что иммунизацию таких детей следует проводить лишь при наличии достаточной ремиссии аллергического процесса и после проведения реабилитационных мероприятий. Детям в качестве подготовки к предстоящей иммунизации назначается гиносинсбилизирующая и иммуностимулирующая терапия. Проводят курс подготовки витаминами (А, В, С) даются антигистаминные препараты, в день вакцинации – жаропонижающие препараты.

2 группа. Дети, перенесшие заболевания нервной системы (нейроинфекция, черепно-мозговые травмы), у которых ранее были судорожные припадки.

При наличии афебрильных, многократных фебрильных судорогах и эписиндроме дети могут быть допущены к вакцинации лишь после обследования и разрешения невропатолога, но не ранее, чем через 6 месяцев после последнего судорожного приступа.

3 группа. Дети, часто болеющие ОРВИ, длительно болевшие заболеваниями легких, сердца, ЖКТ, печени, почек.

К этой группе риска относят детей до 3-х лет, перенесших более 4-х острых респираторных заболеваний за год, а также - перенесших более 3-х острых кишечных инфекций. Как правило, такие дети постоянно находятся в остром или периоде реконвалесценции после перенесенной ОРВИ и не могут быть вовремя вакцинированными.

Вакцинопрофилактика у детей этой группы проводится с учетом их индивидуальных особенностей после проведения курса реабилитационных мероприятий.

1. Детей первого года жизни, перенесших острую пневмонию, следует наблюдать в течение 1-го года.

2. Этим детям врач назначает гипосенсибилизирующую, стимулирующую терапии: витамины А, В1, В2, В5, В15, С. Весьма эффективными оказываются кислородные витаминные коктейли.

4 группа. Дети с сильными поствакцинальными реакциями и осложнениями в анамнезе.

Для профилактики поствакцинальных осложнений рекомендуется придерживаться следующих рекомендаций.

- Детям с отягощенным семейным аллергологическим анамнезом при отсутствии признаков аллергии до 3 месяцев жизни или (и) при наличии легких локальных проявлениях экссудативного диатеза в виде покраснения и шелушения кожи на щеках и ягодицах *прививки следует начинать согласно утвержденного календаря.*

- В случае однократного появления кожной сыпи или отека Квинке на пищевые продукты или медикаменты, без выраженных нарушений общего состояния, ребенка освобождают введения от полиомиелитной или коревой вакцин на срок не менее 2-х

месяцев, а от введения АДС-М-анатоксина или паротитной вакцина - на срок не менее, чем 3 месяца.

- При наличии выраженного нарушения общего состояния ребенка, а также при повторных отеках Квинке, вазомоторном рините, легких формах астматического бронхита и ларингоспазма, его освобождают от плановой вакцинации против полиомиелита или кори на 3 - 6 мес, от дифтерии - на 2 года.

- После резко выраженных местных реакций на вакцину ребенка на 3 месяца освобождается от прививок. В дальнейшем все последующие прививки проводятся на фоне назначения жаропонижающих средств.

Для профилактики возникновения необычных реакций и осложнений в поствакцинальном периоде необходимо соблюдать следующие правила:

- строгое соблюдение общих правил, гигиенических условий и техники проведения прививок;
- недопущение нарушений установленных сроков проведения профилактических прививок и интервалов между ними;
- тщательное проведение предварительного медицинского обследования ребенка и отстранение от прививок лиц, имеющих клинические противопоказания;
- медицинский осмотр ребенка и измерение температуры непосредственно перед прививкой.

Таким образом, вакцинация – это важнейшее средство предупреждения социально значимых и инфекционных заболеваний у детей, их осложнений, обеспечивающее профилактику инфекционных заболеваний, повышение качества и продолжительности жизни детей и взрослых

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Массаж и ЛФК в педиатрии

Цель занятия: познакомить студентов с показаниями и противопоказаниями для проведения массажа и ЛФК, общими принципами проведения детского массажа.

Вопросы для самоподготовки:

1. Влияние массажа и ЛФК на детский организм.
2. Виды и правила проведения массажа.
3. Особенности проведения массажа и гимнастики в зависимости от возраста ребенка
4. Основные приемы классического массажа (поглаживание, растирание, разминание, вибрация)
5. Массаж и гимнастика для детей грудного возраста

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Организационные мероприятия. 2. Контроль исходного уровня знаний	8.00-8.05 8.05-8.10 8.10-8.30	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля

	3. Разбор основных вопросов темы			
2	Основной этап 1. Работа во вспомогательных отделениях, знакомство с техникой массажа и гимнастики у детей 2. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах приемов массажа)	8.30-8.50 8.50-9.10	ДРКБ Кабинет массажа, ЛФК Симуляционный класс	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	. 9.10-9.30 11.10-10.20 10.20-11.25		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Массаж в педиатрии – это комплекс остеопатических техник и приемов, который применяется для терапии и предупреждения заболеваний, патологических отклонений детского организма.

Массаж способствует улучшению тонуса мышц и кровообращения, полноценному развитию опорно-двигательной системы и нормализации процессов в организме. Самое главное – во время мануального воздействия дети получают тактильные ощущения, необходимые для полноценного развития мозговой деятельности.

Разновидность детского массажа В зависимости от преследуемых целей, тяжести и характера патологического состояния различают следующие виды остеопатического массажа:

-лечебный массаж: осуществляется при различных отклонениях и болезнях, поэтому сконцентрирован на борьбе с конкретной проблемой. Подобная процедура назначается детским врачом-неврологом, хирургом, ортопедом или остеопатом начиная с 2 - 3 месячного возраста. При некоторых болезнях мануальное воздействие показано с первого месяца жизни младенца;

-коррекционный массаж: проводится для закрепления терапевтического эффекта после курса лечебных процедур и профилактики повторного развития патологии. Как и лечебный, он назначается доктором с учетом индивидуальных показаний;

-профилактический массаж: применяется для укрепления здоровья, улучшения защитных сил организма и полноценного развития ребенка. Простые мануальные техники родители могут выполнять самостоятельно, однако лучше обратиться к опытному остеопату. Незнание детской физиологии и неправильные движения могут навредить ребенку и привести к появлению неблагоприятных последствий.

Показания к проведению детского массажа. Остеопатический массаж для ребенка любого возраста – эффективная методика терапии широкого спектра заболеваний, а для малышей грудного возраста, в комплексе с физическими занятиями – неотъемлемая составляющая правильного физического развития. Применение мануальных методик способствует улучшению эластичности кожи, нормализации работы пищеварительных органов, избавлению кишечника от газов и укреплению мышц брюшного пресса. Кроме того, лечебные процедуры благоприятно сказываются на психоэмоциональной сфере, у нервных и возбудимых детей нормализуются сон и поведение.

Массаж показан недоношенным, малоподвижным, с плохим аппетитом и со слабыми мышцами детям. Также остеопатическое воздействие потребуются детям на искусственном вскармливании и перенесшим определенные заболевания.

Использование мануальных техник и приемов целесообразно при терапии и предупреждении следующих заболеваний:

В раннем возрасте - гипотрофия, рахит, пупочная грыжа, врожденная гидроцефалия, невротические реакции, пневмония. В старшем возрасте - пороки сердца, ревматизм, бронхиальная астма, патологии обменных процессов (сахарный диабет, ожирение), бронхит, болезни суставов);

В ортопедии - сколиоз, кифоз, плоскостопие, неправильная осанка (круглая, плоская спина, сутулость), врожденный вывих бедра и мышечная кривошея, воронкообразная грудная клетка, косолапость и пр.;

В травматологии и хирургии - после оперативных вмешательств при грыжесечении, аппендэктомии, бронхоэктатической болезни, после переломов костей позвоночника, таза, конечностей, при повреждениях связочного аппарата и менисков;

В неврологии - генетические нервно-мышечные патологии (миотония, невральная амиотрофия, миопатия), ДЦП, неврит, недержание мочи, миелит, полиневрит, полиомиелит, травматическая энцефалопатия, повреждения периферических нервов, сопровождающиеся параличами или парезами.

Противопоказания. Прежде чем проводить курс массажа остеопат назначает ребенку ряд узконаправленных и общеклинических обследований для исключения возможных противопоказаний. Детский массаж не выполняется при наличии следующих патологических отклонений и заболеваний: гемофилия, злокачественные болезни крови; онкологические новообразования; остеомиелит; туберкулез в активной форме; экссудативный диатез, проявляющийся обширными кожными поражениями; атрофии; течение гнойных и острых воспалительных болезней эпидермиса, мышц, костей и лимфатических узлов; патологии, сопровождающиеся болями и ломкостью костей (рахит, острые артриты, туберкулез суставов, костей и т.д.); врожденные пороки сердца; острые гепатит, нефрит; разные формы геморрагического диатеза; обширные бедренные, мошоночные, пупочные или паховые грыжи.

Приемы детского массажа.

Существует несколько мануальных техник, используемых во время детского массажа:

-поглаживания - данный прием позволяет подготовить малыша к дальнейшему массажу, улучшить кровообращение, успокоить и расслабить мышцы. Поглаживания выполняются плавными движениями ладонью по направлению лимфотока;

растирание - применение данной техники способствует снижению повышенного тонуса, улучшению питания и кровообращения мышц, стабилизации нервной системы, разогреву сухожилий и мышц. Растирание выполняется всей ладонью или тремя пальцами по часовой стрелке. Движения более интенсивны, нежели при поглаживании;

разминание - прием разминания похож на растирание, однако его действие более глубокое. Техника осуществляется тремя пальцами (указательным, безымянным и средним) поступательными и круговыми движениями. Разминание улучшает лимфоток и кровообращение, уменьшая отечность. Также подобные движения благоприятно воздействуют на дыхательные органы;

вибрации - данный прием обладает тонизирующим, спазмолитическим и обезболивающим действием, улучшает обменные процессы. Движения осуществляются ладонью или пальцами и должны быть интенсивными (но не травмирующими).

Правила проведения детского массажа. Массаж осуществляется в проветренном помещении при температуре +20 °С. Для грудных детей температура должна быть +22 °С. Лечебные процедуры выполняются между кормлениями или спустя 1-1,5 часа после приема еды. Не рекомендуется массировать ребенка перед сном. Лучше подбирать время

для массажа в период бодрствования малыша. С учетом количества охватываемых зон и возраста ребенка продолжительность воздействия колеблется от 5 минут до получаса. Курс лечения включает 10-15 сеансов. При сколиозе, ДЦП, кифозе и вялых парезах курс состоит из 20-25 процедур, которые выполняются ежедневно или через день. Между повторными курсами должен быть перерыв не менее 2-х недель. Общий детский массаж назначается в комплексе с физическими занятиями длительностью около 30 минут через день.

При детском массаже не рекомендуется использовать мази и кремы. При повышенной потливости и жирной коже у ребенка ее присыпают тальком. При сухом типе кожного покрова остеопат смазывает руки прокипяченным растительным маслом или глицерином. Массаж живота, конечностей, груди и спины, который осуществляется с целью нормализации крово- и лимфообращения, должен выполняться по направлению кровеносных и лимфатических сосудов. Чтобы избежать проявления сексуальных рефлексов нельзя массировать паховую область, подмышечные впадины, внутреннюю поверхность бедер, половые органы. Грудным детям не рекомендуется массировать суставы и область печени.

Залогом успешного детского массажа будет физиологический подход к выбору методики воздействия с учетом причин патологического состояния, клинических проявлений болезни, особенностей нервной системы и возраста ребенка. Поэтому массажные методики при каждом заболевании отличаются специфическими особенностями.

Лечебная физкультура в педиатрии отличается от других видов лечения (фармакотерапии, физиотерапии и др.) не только физиологически характером применяемых средств, связанных с естественными движениями ребёнка и естественными внешними воздействиями, но и широким использованием методов лечебной педагогики и психологии. Применение средств ЛФК в педиатрии зависит от возраста ребёнка; характера патологического процесса, его стадии, особенностей; индивидуальных и возрастных особенностей течения болезни или травмы; психологических особенностей ребёнка. К средствам ЛФК относятся специально подобранные и организованные движения, прежде всего физического упражнения и подвижные игры, а также физические факторы, применяемые как средства закаливания, массаж. Физические упражнения включают: гимнастические упражнения (см. Гимнастика для детей раннего возраста, дошкольного и дошкольного возраста, школьного возраста), физические упражнения прикладного характера, силовые, скоростно-силовые в расслаблении, в сопротивлении, в равновесии. Физические упражнения формируют двигательные навыки, точность и координацию движений, развивают ловкость, силу, выносливость, гибкость, нормализуют мышечный тонус.

К спортивным видам физических упражнений относятся: плавание, коньки, лыжи, санки, велосипед, подвижные игры. При их выборе учитывают возможность дозировки физической нагрузки, исключают свойственные спорту максимальные и предельные напряжения, их эмоциональную окраску, воздействие на психику ребёнка красоты спортивных упражнений. Подвижные игры обеспечивают комплексное воздействие на организм ребёнка, в том числе на его эмоциональность.

Формы лечебной физкультуры в педиатрии: специальные занятия ЛФК, утренняя зарядка, самостоятельно выполняемые индивидуальные занятия и элементы ЛФК, включаемые в другие виды двигательной активности ребёнка. Лечебное действие средств ЛФК: 1) стимулирующее (усиление деятельности физиологических систем организма больного, повышение эмоционального тонуса и неспецифической сопротивляемости детского организма; 2) трофическое (общее и направленное изменение обмена веществ в мышцах и внутренних органах, усиление процессов регенерации, ускорение резорбции воспалительного экссудата и обратное развитие воспаления в целом); 3) компенсаторное (усиление или перестройка приспособительных реакций, развивающихся при патологических процессах, таким образом, что увеличивается их компенсаторный

эффект); 4) нормализация нарушенных функций (постоянное расширение диапазона функциональных показателей патологически изменённой системы до физиологической возрастной нормы, что широко используется на этапах реабилитации).

Основные принципы применения средств лечебной физкультуры в педиатрии: систематичность (непрерывность, планомерность); переход от простого — к сложному (постепенное повышение требований, предъявляемых к детскому организму); доступность (соответствие физических нагрузок уровню психомоторного развития и состояния здоровья, доступность методики, способов проведения и форм ЛФК); учёт возрастного развития движений; сочетание общего и специального воздействия; чередование или рассеянная мышечная нагрузка (для предупреждения утомления); сознательность и активность (для повышения психотерапевтического эффекта и решения лечебно-воспитательных задач); патогенетическая обоснованность (подбор средств на основании современных представлений о природе патологического процесса); индивидуальность средств.

Значение лечебной физкультуры в педиатрии. Мышечные движения являются мощным биологическим стимулятором жизненных функций растущего организма во все периоды детства. Всякое ограничение движений дети всегда весьма тяжело воспринимают, так как потребность в движениях составляет одну из основных физиологических особенностей их организма, его нормального формирования и развития. Болезнь дезорганизует нормальную жизнедеятельность организма и ограничивает обычную подвижность ребенка. Вынужденный покой или резкое ограничение двигательной активности ребенка крайне неблагоприятно отражается как на его общем состоянии, так и на течении болезненного процесса. Одной из главных задач лечебной физкультуры у детей является восполнение дефицита движений при помощи физических упражнений. Установлено, что движения в любой форме, адекватные физиологическим возможностям детского организма, всегда являются оздоровительным фактором. Этим, по-видимому, можно объяснить высокую эффективность самых разнообразных методик лечебной физкультуры, когда их основой является принцип общего воздействия на организм. Специальные упражнения всегда следует применять на фоне общего воздействия физических упражнений, а у выздоравливающих детей - на фоне постепенно возрастающей тренировки. Важнейшей физиологической особенностью детского организма является чрезвычайная пластичность его нервной системы. У детей особенно быстро развиваются новые условнорефлекторные связи, быстрее могут подавляться патологические рефлексы, восстанавливаться нервные регуляции, нарушенные патологическим процессом. Г. Н. Сперанский подчеркивал, что применение физической культуры в детском возрасте, в период усиленного роста организма, когда все органы и ткани наиболее способны к развитию, и если нужно, к регенерации, является особенно ценным и эффективным. Показания к применению лечебной физкультуры в детском возрасте особенно широки. Нет таких заболеваний у детей, при которых лечебная физкультура была бы противопоказана; речь может идти только о том, в каком объеме, в какой дозировке, по какой методике должны быть применены физические упражнения и другие средства лечебной физкультуры и на каком этапе течения болезненного процесса. Лечебную физкультуру можно применять в самых разнообразных ее формах и методиках. При этом обычно преобладает игровой метод. Лечебную физкультуру в детском возрасте следует рассматривать прежде всего как широкий комплекс разнообразных средств физкультуры. К ним должны относиться не только физические упражнения, но и организация всего двигательного и гигиенического режима, использование методов закаливания, трудовые и педагогические процессы, а также массаж; последний в детском возрасте (особенно грудном) является органической частью профилактической и лечебной гимнастики. Лечебная физкультура - фактор огромного воспитательного значения. Занятия физическими упражнениями способствуют организации детского коллектива, вносят элементы дисциплинированности в поведение детей, повышают их настроение,

эмоциональный тонус. В процессе занятий у детей увеличивается вера в выздоровление, что требует весьма внимательного отношения к оформлению занятий лечебной гимнастикой. Лечебная гимнастика у детей — творческий педагогический процесс. К руководству занятиями привлекают лиц, специально подготовленных для работы с детьми, имеющих медицинские и педагогические знания и навыки. Каждое занятие физическими упражнениями должно быть так методически оформлено, чтобы ребенок занимался с охотой и интересом, а не по принуждению, так как иначе лечебный успех не будет достигнут. Повышенная реактивность детского организма требует особо внимательного отношения к дозировке физических упражнений. Особо важно уметь регулировать эмоциональный фактор. Больные дети быстро утомляются. Во время занятий физическими упражнениями, особенно когда такие занятия проводят интересно, весело, утомление может наступить незаметно для ребенка. Это обстоятельство следует всегда учитывать. Накопленный к настоящему времени опыт позволяет широко внедрять лечебную физкультуру в детские лечебно-профилактические учреждения на всех этапах лечения. В детских больницах лечебную физкультуру у следует применять при гипотрофии, рахите, пневмонии, ревматизме, бронхиальной астме, плеврите, у реконвалесцентов после инфекционных болезней, при полиомиелите, травмах опорно-двигательного аппарата и ряде хирургических заболеваний. В детских поликлиниках лечебная физкультура доказана при заболеваниях в раннем детском возрасте, указанных выше (если лечение проводят амбулаторно), хронических пневмониях, бронхиальной астме, хронических респираторных заболеваниях, последствиях плеврита, деформациях позвоночника II и III степени, последствиях полиомиелита, травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата. В детских санаториях и учреждениях санаторного типа лечебная физкультура, как правило, показана всем больным. Особенно хороший лечебный эффект получают от сочетания лечебной физкультуры с климатическими, бальнеологическими и физическими лечебными средствами. Особо следует подчеркнуть необходимость значительного расширения показаний к применению лечебной физкультуры в детских поликлиниках. Помимо корригирующей гимнастики, лечебную физкультуру следует применять при заболеваниях внутренних органов, в оториноларингологической, хирургической и ортопедоневрологической практике. Широкое внедрение лечебной физкультуры в детские лечебные стационары (больницы, санатории и т. д.) поможет полностью изжить явления так называемого госпитализма.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Хранение и раздача лекарственных средств. Способы и методы применения лекарственных средств

Цель занятия: изучить порядок хранения и учета лекарств, способы и методы применения лекарственных средств.

Вопросы для самоподготовки:

1. Правила выписки и хранения лекарственных средств
2. Правила хранения и использования ядовитых и наркотических лекарственных средств
3. Способы введения лекарственных средств (наружный, энтеральный, ингаляционный, парентеральный)
4. Правила раздачи лекарственных средств для перорального введения. Особенности техники введения лекарств у детей грудного возраста.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Самостоятельная работа у постели больного. 2. Работа на посту медицинской сестры	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	. 9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Правила хранения лекарств в отделении. Правила хранения и учета ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств.

Ядовитые и наркотические лекарственные средства должны храниться в отдельном металлическом или деревянном шкафу под замком с надписью «А» и перечнем ядовитых лекарственных средств с указанием высших разовых и суточных доз в приемном отделении больницы.

Сильнодействующие лекарственные средства списка «Б» должны храниться в отдельных шкафах для внутреннего и наружного употребления на разных полках. Ответственными за хранение и выдачу больным ядовитых, наркотических и сильнодействующих средств является заведующий отделением и старшая медицинская сестра. Требования и книга учета, по которым были получены и отпущены ядовитые и сильнодействующие вещества, сохраняются в отделении в течение 3-х лет и уничтожаются в присутствии комиссии с составлением акта об уничтожении.

Выдача лекарств, содержащих ядовитые и наркотические средства, должна производиться отдельно от прочих медикаментов.

Хранение медикаментов в отделениях должно быть организовано в запирающихся шкафах. Обязательно деление лекарств на группы: «наружные», «внутренние», «инъекционные», «глазные капли». Кроме того, в каждом отделении шкафа порошки, микстуры, ампулы размещаются отдельно, причем порошки хранятся на верхней полке, а растворы - на нижней. Пахучие и красящие вещества должны быть выделены в отдельный шкаф. Хранение лекарств в процедурной организуется в остекленных шкафах. Каждый флакон, содержащий лекарства, должен иметь соответствующую этикетку, на которой указано название и дата изготовления, срок годности. В местах хранения медицинских препаратов должны соблюдаться температурный и световой режим. Некоторые препараты должны храниться только в холодильниках. Сроки хранения: 2 суток для инъекционных средств, отваров, глазных капель; 3 суток - для эмульсий. Остальные лекарственные средства - не более 10 суток.

Запрещается:

1. Дезсредства, растворы для обработки рук, инструментов, мебели, белья хранить вместе с медицинскими препаратами, предназначенными для лечения больных.

2. В отделениях и на постах расфасовывать, развешивать, переливать, перекладывать лекарства из одной упаковки в другую, заменять этикетки.
3. Выдавать лекарства без назначения врача, заменять одни средства другими.
4. Выписывать, оформлять и хранить лекарства под условными, сокращенными названиями, не утвержденными Фармакопейным комитетом.

Во избежание ошибки перед вскрытием ампулы, упаковки следует прочесть название препарата, дозировку, сверить с назначением и только после этого отпустить больному.

Различают следующие способы введения лекарственных средств. 1. Наружный способ: • на кожу; • в уши; • на конъюнктиву глаз, слизистую оболочку носовой полости и влагалища. 2. Энтеральный способ: • внутрь через рот (per os); • под язык (sub lingua); • за щеку (trans bucca) • через прямую кишку (per rectum). 3. Ингаляционный способ - через дыхательные пути. 4. Парентеральный способ: • внутривенно; • подкожно; • внутримышечно; • внутривенно; • внутриартериально; • в полости; • внутрикостно; • в субарахноидальное пространство. Общие правила применения лекарственных средств Медицинская сестра без ведома врача не имеет права назначать или заменять одни лекарства на другие. В случае если лекарственный препарат выдан больному ошибочно или превышена его доза, медсестра обязана немедленно информировать об этом врача.

Раздача лекарств осуществляется по записям в листе врачебных назначений. Следует помнить и соблюдать следующие правила:

1. Лекарства раздаются в строго определенное время.
2. Необходимо знать лекарства по цвету, величине, запаху, вкусу, чтобы избежать возможных ошибок.
3. Прием лекарств больным ребенком происходит в присутствии медицинской сестры.
4. При раздаче лекарств у медицинской сестры должны быть: графин с водой, пинцет для раздачи пилюль и таблеток, чистые пипетки для капель и чистые мензурки для жидких лекарств.
5. Свечи вводятся только медицинской сестрой.
6. Перед раздачей лекарств медицинская сестра моет руки.
7. Необходимо предупреждать детей старшего возраста о возможном побочном действии лекарств или влиянии лекарств на изменение цвета мочи и кала (прием препаратов висмута, железа, хинолиновых производных).

Прежде чем дать пациент лекарство, необходимо тщательно вымыть руки, внимательно прочитать надпись на этикетке, проверить срок годности, назначенную дозу, затем проконтролировать приём пациентом лекарственного препарата (он должен принять лекарство в присутствии медсестры). Когда больной примет лекарство, следует отметить в истории болезни (листе назначений) дату и время, название лекарства, его дозу и способ введения. 6 • Если лекарственный препарат назначен для приёма несколько раз в день, с целью поддержания постоянной концентрации его в крови следует соблюдать правильные временные интервалы. Например, если пациенту назначен бензилпенициллин 4 раза в сутки, необходимо обеспечить его введение каждые 6 ч. • Лекарственные препараты, назначенные для приёма натощак, нужно раздать утром за 30-60 мин до завтрака. Если врач рекомендовал принимать лекарство до еды, больной должен получить его за 15 мин до приёма пищи. Лекарство, назначенное во время еды, пациент принимает с пищей. Средство, назначенное после еды, больной должен выпить через 15-20 мин после приёма пищи. Снотворные лекарственные препараты выдают пациентам за 30 мин до сна. Ряд препаратов (например, таблетки нитроглицерина) должны постоянно находиться у больного на руках. • При выполнении инъекции необходимо тщательно вымыть и обработать дезинфицирующим раствором руки, соблюдать правила асептики (надеть стерильные перчатки и маску), проверить надпись на этикетке, проверить срок годности, проставить дату вскрытия на стерильном флаконе. После введения препарата следует отметить в истории болезни (листе назначений) дату и время, название лекарства, его дозу

и способ введения. • Хранить лекарства следует только в упаковке, отпущенной из аптеки. Нельзя переливать растворы в другую посуду, перекладывать таблетки, порошки в другие пакеты, делать свои надписи на упаковке лекарств; необходимо хранить лекарства на отдельных полках (стерильные, внутренние, наружные, группа А)

Существует несколько способов раздачи лекарственных средств в условиях детского отделения. Можно пользоваться лотками, разделенными на ячейки с указанием фамилий больных. В них заранее раскладывают лекарственные средства. Прежде чем положить лекарственное средство в ячейку, следует сверить название, указанное на упаковке, с названием лекарственного средства в медицинской карте стационарного больного или сестринском листе. Затем медицинская сестра обходит с лотком все палаты. Другой способ — использование передвижного столика, на котором разложены лекарственные средства для приема внутрь, графин с водой, мензурки, ложки, чистые пипетки. Этот столик медицинская сестра вкатывает в палату и поочередно перемещает к кровати каждого больного, если тот находится на постельном режиме. Ходячие больные самостоятельно подходят к столику, где под контролем сестры принимают лекарственные средства. При раздаче порошков бумажку, в которую упакован порошок, разворачивают и, придав ей форму желоба, высыпают порошок на язык ребенка, затем предлагают запить его водой. Не следует выдавать лекарственные средства ребенку на руки, тем более по несколько таблеток сразу. Важно соблюдать последовательность приема лекарственных средств. Проглотив таблетку, надо запить ее жидкостью, делая небольшие, но частые 7 глотки. Это объяснено тем, что таблетка проходит через пищевод в течение 2—5 мин. Если делать большой глоток, то вода быстро проходит мимо таблетки и последняя может остановиться в пищеводе. Частые небольшие глотки воды или комки пищи способствуют более быстрому прохождению лекарственного средства в желудок. В настоящее время выпускается большое количество лекарственных средств в сиропе. Дети, особенно младшего возраста, с большой охотой принимают их. Таблетки дети глотают с трудом, а дети моложе 3 лет практически никогда не могут проглотить их. Поэтому перед приемом таблетки размельчают. Таблетку или порошок иногда приходится растворять в сладкой воде, сиропе, давать порошок вместе с едой и т.д. Детям грудного возраста назначенную дозу лекарственного средства в жидкой форме часто вводят дробно, чтобы ребенок не поперхнулся. Если ребенок не хочет принимать лекарственное средство, то приходится насильно открывать рот следующим образом: 1) двумя пальцами осторожно нажимают на щеки; 2) зажимают нос и в этот момент ребенок открывает рот. Некоторые микстуры (не раздражающие слизистую оболочку рта) детям первых месяцев жизни можно давать из соски. Микстуры, отвары дают в градуированных стаканчиках с делениями 5, 10, 15, 20 мл. При отсутствии градуированной посуды учитывают, что водного раствора в чайной ложке около 5 мл, в десертной — 10 мл, в столовой — 15 мл. Спиртовые настои, а также жидкие экстракты отмеряют с помощью чистых пипеток одноразового пользования. Использование одной и той же пипетки для раздачи разных лекарственных средств запрещается. Некоторые сердечные препараты (валидол, нитроглицерин) принимают под язык. При невозможности введения лекарственных средств через рот их вводят в виде свечей в прямую кишку. Свечи детям вводят только медицинские сестры. При лечении заболеваний органов дыхания активно используется ингаляционный способ введения лекарственных средств, имеющий многочисленные варианты в виде аэрозолей и спреев, предусматривающих наличие специальной упаковки и клапанно-распределительной системы. Особенности техники введения лекарств у детей грудного возраста. Обычно используют мерную ложку, которую кладут на край нижней губы ребенка и наклоняют ее так, чтобы лекарство постепенно перетекло в рот. Лекарство можно вводить при помощи специального шприца. Для этого кончик шприца кладут в уголок рта и сироп направляют к внутренней стороне щеки, но не в горло. Процедуру выполняют медленно, чтобы ребенок успевал заглатывать содержимое. Кроме того, лекарство можно вводить через специальную соску. Такое приспособление позволяет одновременно лечить ребенка и

успокаивать. По показаниям медицинской сестре приходится применять наружные способы введения лекарственных средств: закапывание капель, введение мази или вдыхание порошка в нос, закапывание капель в ухо, закапывание капель в конъюнктивальный мешок глаз или закладывание мази за нижнее веко, наложение мазей на кожу. Все эти манипуляции выполняются индивидуально и обычно по времени отделены от раздачи лекарственных средств, также как парентеральные процедуры, связанные с инъекциями лекарственных средств. Тем не менее, их выполнение строго регламентировано и требует от медицинской сестры постоянного внимания и контроля.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Организация и режим работы процедурного кабинета

Цель занятия: изучить вопросы организации медицинского процесса процедурной медицинской сестры

Вопросы для самоподготовки:

1. Оснащение процедурного кабинета
2. Организация сестринского процесса
3. санитарно - эпидемиологический режим процедурного кабинета
4. Профилактика профессионального заражения при выполнении инъекций и манипуляций
5. Психологический контакт с ребенком и его родителями перед проведением процедуры.
6. Особенности введения лекарственных препаратов детям в зависимости от возраста, веса
7. Особенности подготовки и техника забора крови на биохимические исследования у детей раннего возраста

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Самостоятельная работа у постели больного, 2. Знакомство с работой процедурного кабинета.	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	. 9.05-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа			

1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература
--------------------------------------------------------------------------------	-----------	--	------------

Аннотация темы.

Основные задачи процедурного кабинета

Основными задачами деятельности медицинского кабинета являются:

- выполнение назначенных врачом процедур разрешенных к выполнению средним медицинским работником;
- оказание доврачебной медицинской помощи воспитанникам, сотрудникам при различных неотложных состояниях;
- подготовка специального материала для работы;
- обработка медицинского инструментария;
- составление заявок на медикаменты, изделия медицинского назначения, инструментарий, оборудования, дезинфицирующие средства.

При работе в процедурном кабинете медицинской сестре следует соблюдать технику безопасности.

Запрещается работать с битыми шприцами или шприцами, имеющими трещины, с изношенными прокладками поршней шприцев и другим неисправным инструментарием.

Все имеющиеся в кабинете электроприборы должны быть заземлены
запрещается в присутствии сотрудников и воспитанников включать открытую лампу бактерицидного облучателя.

Следует соблюдать осторожность при работе с сильнодействующими медикаментами и дезинфицирующими средствами, которые могут вызвать ожог или отравление.

Необходимо соблюдение правил асептики при выполнении процедур.

Иметь в наличии набор медикаментов при анафилактическом шоке, аптечку «Анти-СПИД».

Необходимо выполнение санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режимов в процедурном кабинете.

Медицинская сестра ведет следующую документацию:

- инструкции по оказанию доврачебной помощи;
- журнал проведения генеральной уборки;
- журнал учета работы бактерицидных облучателей;
- журнал учета медикаментов;
- журнал учета травматизма;
- журнал назначений лекарственных средств

Медицинская сестра процедурного кабинета несет ответственность за:

Соблюдение техники безопасности при проведении медицинских манипуляций с соблюдением правил асептики и антисептики и санитарно - эпидемиологического режима.

Сохранность и эффективное использование имеющегося оборудования, медикаментов и расходного материала.

Своевременное и правильное заполнение медицинской документации

Оборудование процедурного кабинета

1. шкаф для инструментов и медикаментов;
2. одноразовые шприцы, термометры, тонометр, электроотсос;
3. холодильник для хранения бактериологических препаратов с маркированными полками;
4. шкаф с набором средств противошоковой терапии;
5. медицинская кушетка;
6. биксы со стерильным материалом;
7. стол или шкаф для хранения медицинской документации;
8. емкости с дезинфицирующими растворами;

9. бактерицидные облучатели;
10. средства противошоковой терапии.

Перед началом рабочей смены проводится влажная уборка кабинета в сочетании с дезинфекцией и кварцеванием

Процедурная медсестра снимает с рук украшения (часы, браслеты и кольца). Волосы убирает под шапочку, одевает маску проверяет наличие емкостей со свежеприготовленными дезрастворами для дезинфекции использованного инструментария одноразового и многоразового применения, резиновых перчаток, ватных шариков с остатками крови, обработки стола, кушетки, валика, жгута для в/в инъекций, набора чистой ветоши, а так же емкостей для сбора использованной ветоши. Просматривает сроки годности на упаковках со шприцами и капельницами однократного применения, проверяет целостность стерильной упаковки, наличие стерильного материала, а также соответствие лекарства назначению, его срока годности, целостности флакона или ампулы.

Двукратно под теплой проточной водой моет руки с мылом не менее 30 сек (используется мыло в виде кусков, гранул, предпочтительнее использовать жидкое мыло в дозаторах). Проводит гигиеническую антисептику рук с применением 0,5% спиртового раствора гибитана, (хлоргексидин биглюконат) АХД-2000, Кутасепта Ф, 70% этилового спирта и другими кожными антисептиками в соответствии с инструкцией по применению. Поврежденные участки кожи на руках должны быть закрыты лейкопластырем; инъекции выполняются в стерильных резиновых перчатках, со сменой их после каждого пациента;

крышки флаконов, ампулы перед вскрытием обрабатываются стерильным тампоном, смоченным 70° этиловым спиртом:

кожа в месте инъекции последовательно обрабатывается двумя стерильными ватными тампонами с 70° спиртом: вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции; после инъекции к раневой поверхности прикладывается новый стерильный тампон;

на каждую инъекцию используют 2 иглы (для разведения и набора инъекционного раствора и для инъекции);

при постановке капельниц место прокола вены должно быть закрыто стерильной салфеткой в течение всей процедуры,

недопустимо прижимать стерильные ватные шарики к горлышку флакона со спиртом или отжимать руками смоченный спиртом шарик в общую емкость со спиртом, заранее смачивать спиртом большую партию ватных шариков и хранить их в течение длительного срока;

недопустимо возвращать неиспользованный стерильный материал в общую упаковку;

при выполнении инъекций у постели больного, шприц с набранным лекарственным препаратом и стерильные ватные тампоны доставляются в палату на лотке между двумя слоями стерильной пленки. Емкость со спиртом для обработки инъекционного поля ставится в лоток. Использованные шприцы и ватные тампоны возвращаются в отдельном лотке в процедурный кабинет, где подвергаются дезинфекции.

В ходе работы с пациентом строго выполняются правила профессиональной безопасности

Для профилактики профессионального инфицирования необходимо:

при выполнении манипуляций медицинский работник должен быть одет в халат, шапочку, сменную обувь, выходить в которой за пределы лабораторий, отделений запрещается; все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью, сывороткой или др. биологическими жидкостями, проводить в перчатках. Резиновые перчатки, снятые единой, повторно не используются из-за возможности загрязнения рук. В процессе работы перчатки обрабатываются 70% спиртом, 3% хлорамином, спиртовым раствором хлоргексидина и др.

мед. работники должны соблюдать меры предосторожности при выполнении манипуляций с режущими и колющими инструментами (иглы, скальпели, ножницы); открывая бутылки, флаконы, пробирки с кровью или сывороткой, следует избегать уколов, порезов-перчаток и рук;

при повреждении кожных покровов необходимо немедленно обработать и снять перчатки, выдавить кровь из ранки, затем под проточной водой тщательно вымыть руки с мылом, обработать их 70% спиртом и смазать ранку 5% раствором йода. При загрязнении рук кровью следует немедленно обработать их тампоном, смоченным 3% раствором хлорамина или 70% спиртом, вымыть их двукратно теплой проточной водой с мылом и насухо вытереть индивидуальным полотенцем;

если кровь попала на слизистые оболочки глаз, их следует сразу же промыть водой или 1% раствором борной кислоты. При попадании на слизистую оболочку - обработать 1% раствора протаргола, на слизистую оболочку рта - полоскать 70% раствором спирта или 0,05% раствором марганцево-кислого калия, или 1% раствором борной кислоты;

при угрозе разбрызгивания крови и сыворотки, обломков костей следует применять средства защиты глаз и лица: защитную маску, очки, защитные щитки;

разборку, мойку, ополаскивание медицинского инструмента, пипеток, лабораторной посуды, приборов или аппаратов, которые соприкасались с кровью или сывороткой, надо проводить только в резиновых перчатках после предварительной дезинфекции (обеззараживания);

мед. работники, имеющие раны на руках, экссудативные поражения кожи или мокнувший дерматит, на время заболевания отстраняются от ухода за пациентами и контакта с предметами для ухода. При необходимости выполнения работы все повреждения должны быть закрыты напальчниками, лейкопластырем;

бланки направлений в клиничко-диагностическую лабораторию категорически запрещается помещать в пробирки с кровью;

поверхность рабочих столов в конце рабочего дня (а в случае загрязнения кровью - немедленно) обрабатываются 3% раствором хлорамина или 6% раствором перекиси водорода с 0,5% моющего средства. Причем, если поверхность загрязнена кровью или сывороткой, процедуры выполняют дважды: немедленно и с интервалом в 15 минут;

заполнение учетной и отчетной документации должно вестись на чистом столе;

запрещается принимать пищу, курить и пользоваться косметикой на рабочих столах;

не стоит проводить никаких парентеральных и лечебно-диагностических процедур мед.персоналу в тех помещениях, которые предназначены для обслуживания больных.

Для надежной защиты медицинских работников от гепатита В проводится 3-кратная иммунизация по схеме 0-1-6, т.е. через 1 и 6 месяцев после первой прививки (вакцины компании «Мерк, Шарп & Доум», либо «Смят Клейн Бичен», либо «Комбиотек»).

В тех случаях, когда произошла травматизация рук и других частей тела с загрязнением кожи и слизистых биологическими жидкостями, мед. работнику, не привитому ранее против гепатита В, проводится иммунизация по эпидимическим показаниям так же 3-кратно в более короткие сроки (по схеме 0-1-2) с ревакцинацией через 12 месяцев (тел.: 277-5671). Прививка в этих случаях должна проводиться как можно скорее - не позднее 1-2 суток после травмы. Травмы мед.работников должны учитываться в каждом лечебно-профилактическом учреждении. Пострадавшие должны наблюдаться не менее 6-12 месяцев у врача-инфекциониста. Медицинское наблюдение проводится с обязательным обследованием на маркеры вирусных гепатитов В, С и ВИЧ-инфекции.

Хотя первой мерой профилактики заражения медицинского персонала вирусом СПИДа является предотвращение непосредственного контакта с кровью и жидкостями инфицированного организма, но, если вследствие повреждения кожи или слизистых оболочек медработника такой контакт все же случается, необходимо прибегнуть к посттравматической профилактике (ПТП) с помощью таких антиретровирусных средств,

как азидотимидин (ретровир), индинавир (криксиван), эпивир (ламивудин) и некоторые другие.

Посттравматическая профилактика (ПТП) точно так же снижает ретровирусную активность. В среднем риск ВИЧ-инфекции при чрезкожном проникновении крови от ВИЧ-пациента составляет 0,3%. Наиболее высокий риск инфицирования отмечается при глубоких поражениях кожных покровов, подвергшихся воздействию видимой крови на медицинском инструментарии, при соприкосновении с инструментом, находившимся в вене или артерии пациента (например, с иглой при флеботомии); или в организме больного (следовательно, имевшего высокий титр ВИЧ). Чем больший объем крови был задействован, тем выше риск. При поверхностных повреждениях крови риск инфицирования уменьшается и составляет 0,1% и менее в зависимости от объема крови и титра ВИЧ. Пока данные об эффективности и токсичности ПТП, а также риске ВИЧ-инфицирования при тех или иных повреждениях кожи ограничены. Однако, в большинстве случаев подобные травмы не приводят к ВИЧ-инфицированию. Поэтому при назначении ПТП следует принимать в расчет ее потенциальную токсичность. Если есть такая возможность, лучше обратиться за рекомендациями к экспертам в области антиретровирусной терапии и ВИЧ-трансмиссии. Известно, что сочетание азидотимидина (ретровира) и ламивудина (эпивира) увеличивает антиретровирусную активность и преодолевает формирование резистентных штаммов. Добавление протеазы (индинавир, саквинавир) особенно показано при случаях, связанных с высоким риском инфицирования. Однако, учитывая вероятность возникновения резистентных штаммов, добавление ингибиторов протеазы целесообразно и при ситуациях меньшего риска.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные и внутримышечные инъекции)

Цель занятия: научить студентов выполнять подкожные и внутримышечные инъекции

Вопросы для самоподготовки:

1. Обязательные этапы подкожного и внутримышечного введения лекарственных веществ

1. Подготовка к инъекции, меры предосторожности.

2. Сборка шприца из крафт-пакета, расчет цены деления
3. Набор раствора из ампулы, разведение твердого вещества во флаконе
4. Алгоритм, техника подкожной инъекции
5. Алгоритм, техника внутримышечной инъекции
6. Постинъекционные осложнения

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах техники подкожных и внутримышечных инъекций) 2. Самостоятельная работа у постели больного, работа в процедурном кабинете	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ Симуляционный класс	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Парентеральное введение лекарственных средств осуществляется путем инъекций, для чего используются шприцы и полые иглы. В практике детских лечебно-профилактических учреждений используются только одноразовые шприц, иглы и бабочки. Выбор диаметра иглы зависит от предполагаемого характера инъекции и от консистенции лекарственного средства, которое нужно ввести (например, для инъекций масляных растворов используют иглы большего диаметра, чем при введении водных растворов и т. д.). **Запомните: какое лекарство и сколько его набрать в шприц, с каким интервалом и какие инъекции (подкожные, внутримышечные или внутривенные) назначает лечащий врач.** Место для инъекции выбирается так, чтобы не поранить сосуды, нервы, надкостницу. Инъекции не выполняются в местах поражения кожи гнойничковыми заболеваниями, рубцовых поражений, в гемангиомы и невусы.

Перед проведением любого парентерального введения лекарственных веществ необходимо: установить доверительные отношения с пациентом (ребенком), оценить состояние, объяснить маме (ребенку) цель и ход процедуры, уточнить информированность о лекарственном средстве, аллергической реакции на препараты, получить согласие на процедуру, подготовить необходимое оснащение, прочитать название лекарственного средства, сверить с листком назначения дозу, определить срок годности препарата. Вымыть и осушить руки, одеть маску, одеть перчатки. Обработать шейку ампулы тампоном, смоченным спиртом, двукратно. Затем вскрыть пакет, собрать шприц. и набрать лекарственное средство в дозе, назначенной врачом.

Сборка шприца из крафт-пакета, расчет цены деления

1. Обработайте руки.
2. Возьмите требуемый лекарственный препарат, проверьте этикетку-название, концентрацию, срок годности, способ введения. Обратите внимание на целостность тары и прозрачность раствора.
3. Масляные препараты необходимо предварительно подогреть до 38 °С.
4. Встряхните ампулу таким образом, чтобы все содержимое находилось в широкой части.
5. Стерильным пинцетом возьмите стерильный ватный шарик, смочите его спиртом и обработайте верхнюю треть ампулы или флакона.
6. Надпилите шейку ампулы, вскройте металлический колпачок ножницами.
7. Повторно обработайте спиртом верхнюю треть ампулы или резиновую пробку флакона.
8. Вскройте ампулу и поставьте на вспомогательный стол.
9. Возьмите крафт-пакет со стерильным шприцем, проверьте его целостность и срок годности.
10. Разверните крафт-пакет на манипуляционном столе.
11. С помощью стерильного пипцета возьмите цилиндр шприца в левую руку.
12. Стерильным пинцетом возьмите поршень, совместите его с цилиндром и введите в него, зафиксируйте съемную крышку.
13. Стерильным пинцетом возьмите иглу за муфту и соедините ее со шприцем.
14. Закрепите муфту иглы, притирая ее к канюле шприца.
15. Возьмите вскрытую ампулу или флакон левой рукой между 2-ым и 3-им пальцами.
16. Введите иглу в ампулу на половину длины, не касаясь при этом стенок, или введите срез иглы во флакон.
17. Наберите требуемое количество препарата в шприц.
18. Пустую ампулу или флакон положите в емкость для отработанных материалов.
19. Снимите иглу, которой набирали раствор, держа ее за муфту, отложите.
20. Стерильным пинцетом возьмите стерильную иглу и закрепите ее на канюле шприца.
21. Держите шприц вертикально на уровне глаз, игла должна быть направлена вверх. Указательным пальцем левой руки придерживайте муфту.
22. Большим пальцем правой руки нажмите на поршень и проверьте проходимость иглы, при этом выпустите воздух до появления лекарства.

Техника выполнения подкожной инъекции.

Цель: введение лекарственного средства в подкожно-жировую клетчатку. Объем вводимого вещества не должен превышать 1-2 мл за одно введение.

Оснащение: шприц 1-2 мл однократного применения; игла 20 мм, сечением 0,4мм; дополнительная игла для забора лекарственного средства; лоток стерильный, накрытый стерильной салфеткой, сложенной в 4 слоя, с марлевыми тампонами под первым, а пинцетом под вторым слоем; 70%-ный этиловый спирт; ампула с лекарственным средством; перчатки; емкость с дезинфицирующим раствором.

Противопоказания: а) аллергические реакции на лекарственные средства, б) поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки любого характера в месте инъекции.

Выполнение процедуры:

1. Усадить пациента на кушетку или уложить. Положение зависит от места введения и состояния пациента.

2. Пропальпировать место инъекции.

Примечание: места введения для подкожной инъекции - наружная поверхность плеча, переднебоковая поверхность бедра, подлопаточные области, переднебоковая поверхность брюшной стенки с отсутствием крупных кровеносных сосудов.

3. Обработать дважды кожу передненаружной поверхности плеча спиртом или 5% йодной настойкой (тампоны сбросить в емкость с 3%-ным раствором хлорамина). Вначале обрабатывается большая зона, примерно 10x10 см, затем только место инъекции одним мазком.

4. Собрать кожу в складку 1 и 2 (указательным и большим пальцами) левой руки захватывают кожу с подкожной клетчаткой в складку, оттягивают ее кверху, навстречу острию иглы. Определить толщину подкожно-жирового слоя.

5. Держат шприц большим и 3-мя средними пальцами правой руки. Затем быстрым движением вкалывают иглу в кожу под углом 45° на $\frac{2}{3}$ ее длины, вводят иглу в основание складки, в подкожную клетчатку на глубину 1-2 см. После этого несколько оттягивают назад поршень (если появилась кровь, вводить лекарство нельзя).

6. Ввести лекарственное средство первым пальцем левой руки. Руки не менять с целью профилактики осложнений – повреждения иглой подлежащих тканей.

7. Приложить стерильный тампон, смоченный спиртом на область инъекции.

8. Извлечь иглу быстрым движением, придерживая ее за канюлю.

9. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая тампон от кожи. Это способствует всасыванию раствора.

Осложнения:

1. Нарушение правил асептики и применение тупых игл могут привести к местному воспалительному процессу и повышению температуры тела.

2. Ошибочное введение гипертонического раствора может привести к местному некрозу тканей.

3. Введение масляного раствора в просвет сосуда может вызвать лекарственную эмболию.

4. Введение горячего (выше 40°C) раствора может вызвать некроз тканей.

5. Вследствие недостаточной дезинфекции и стерилизации шприцев и игл возможна передача вирусного гепатита и СПИДа.

Техника выполнения внутримышечной инъекции.

Цель: введение лекарственного средства в мышечную ткань. Терапевтический эффект наступает в течение 10-30 мин. Объем вводимого вещества не должен превышать 10 мл за одно введение.

Оснащение: одноразовый шприц емкостью 10 мл, с иглами (2 шт.), длиной иглы 60-80мм, сечением 0,8-1,0 мм, лоток стерильный, накрытый стерильной салфеткой, сложенной в 4 слоя, с марлевыми тампонами под первым, а пинцетом под вторым слоем, этиловый 70%-ный спирт, ампула с лекарственным средством, перчатки медицинские латексные, стерильные, емкости с дезинфицирующими растворами.

Противопоказания: а) атрофия мышечной ткани, б) поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки любого характера в месте инъекции, в) аллергические реакции на лекарственные средства, г) нарушение свертываемости крови, д) противопоказаны для инъекции в мышцы и подкожно спиртовые препараты, гипертонические растворы, хлористый кальций и др.

Выполнение процедуры:

1. Усадить пациента или уложить в удобную позу. Положение пациента зависит от места в/м введения лекарственного средства: верхний наружный квадрант ягодицы, наружная поверхность бедер, а при необходимости – верхняя треть плеча (область дельтовидной мышцы).

2. Пропальпировать место инъекции (с целью профилактики осложнений, болезненности).

3. Обработать кожу в месте введения спиртом двукратно. Обрабатывается сначала зона, размером 10x10см, затем только место введения одним мазком.

4. Растянуть кожу в месте инъекции пальцами левой руки, фиксируя ее (уменьшаются болезненные ощущения при инъекции).

5. Ввести иглу под прямым углом на глубину 5-6 см. Над поверхностью кожи остается 1-2 см иглы с целью профилактики осложнений. При случайном переломе иглы – взять пинцетом за часть иглы и удалить ее.

6. Убедиться, что игла не попала в сосуд, потянув поршень на себя.

Примечание: отсутствие крови в шприце является обязательным условием продолжения процедуры с целью профилактики эмболии.

7. Ввести лекарственное средство, надавливая на поршень первым пальцем левой руки. Не менять руки во избежание повреждения тканей в области инъекции.

8. Приложить стерильный тампон, смоченный спиртом на область инъекции.

9. Извлечь иглу быстрым движением, придерживая ее за канюлю.

10. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая тампон от кожи. Это способствует всасыванию раствора.

Осложнения:

1. Перелом иглы из-за внезапного сокращения мышцы при введении тупой и дефектной иглы.

2. Повреждение нервных стволов (неправильный выбор места инъекции, раздражающее действие лекарства, закупорка сосуда, питающего нерв). Повреждение нерва приводит к нарушению чувствительности и движений в конечности (параличи, парезы).

3. Медикаментозная эмболия (закупорка сосуда) при введении масляных растворов.

4. Гнойная инфекция (абсцесс) вследствие нарушения правил асептики и техники введения.

5. Вирусный гепатит, СПИД из-за нарушений дезинфекции и стерилизации шприцев и игл.

6. Аллергические реакции: появление крапивницы, острого насморка, конъюнктивита, отека Квинке. О возникновении любой аллергической реакции нужно немедленно сообщить врачу.

7. Анафилактический шок – грозная форма аллергической реакции. Признаки: общее покраснение кожи, сыпь, приступы кашля, выраженное беспокойство, нарушение ритма дыхания, рвота, снижение артериального давления, сердцебиение, аритмия. О развитии такой аллергической реакции следует немедленно сообщить врачу и приступить к оказанию экстренной помощи. В процедурном кабинете всегда должен быть наготове противошоковый набор.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Парентеральное введения лекарственных препаратов (внутривенные инъекции и инфузии лекарственных препаратов)

Цель занятия: научить студентов выполнять внутривенные инъекции и инфузии лекарственных препаратов.

Вопросы для самоподготовки:

1. Особенности внутривенного пути введения лекарственных веществ. меры предосторожности

2. Обязательные этапы внутривенного введения

3. Набор лекарственного препарата в шприц (из ампулы, флакона, закрытого алюминиевой крышкой)
4. Особенности строения вен, места для выполнения внутривенной инъекции, техника процедуры в/в инъекции
5. Порядок заполнения системы-капельницы Техника процедуры внутривенного капельного введения.
6. Техника взятия венозной крови с помощью вакуумной системы.
7. Постинъекционные осложнения

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах техники внутривенных инъекций и инфузий) 2. Самостоятельная работа у постели больного, работа в процедурном кабинете	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ Симуляционный класс	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	. 9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Техника выполнения внутривенной инъекции.

Цель: введение лекарственного средства в вену (струйно). Обеспечивает быстрый эффект через 1-2 мин. точную дозировку, возможность введения лекарственных средств, которые не всасываются в желудочно-кишечном тракте или раздражают слизистую оболочку. Объем лекарственного вещества за одно введение – 10-20 мл.

Оснащение: стерильный шприц однократного применения емкостью 10 или 20 мл, длиной иглы 40 мм, сечение - 0,8 мм, лоток, накрытый четырехслойной стерильной бязевой салфеткой, пинцет, стерильные салфетки - под первым слоем, пинцетом - под вторым слоем салфетки, лекарственное средство, спирт 70%, ватные шарики, жгут, валик, перчатки, емкости с дезинфицирующими растворами.

Выполнение процедуры:

1. Усадить пациента на кушетку или уложить.
2. Наложить венозный жгут на плечо, покрытое салфеткой, создать искусственный венозный застой (набухание вен).
3. Под локоть поместить клеенчатую подушку, создать максимальное разгибание руки.
4. Исследовать вену. Исключить флебиты, тромбофлебиты.

5. Обработать дважды кожу внутренней поверхности локтевого сгиба спиртом (тампоно сбросить в емкость с 3%-ным раствором хлорамина).

Примечание: Обеззараживание инъекционного поля. Одновременно пациент сжимает и разжимает кисть в кулак, зажимает кулак.

6. Взять шприц, снять колпачок.

7. Проверить отсутствие воздуха в шприце, держать шприц срезом вверх, фиксируя иглу указательным пальцем за канюлю.

Противопоказания: а) аллергическая реакция на лекарственное средство, б) поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки в предполагаемом месте инъекции, в) нарушение свертываемости крови.

8. Зафиксировать вену большим пальцем левой руки, проколоть кожу, войти в вену на $\frac{1}{3}$ длины иглы, параллельно вене для уменьшения подвижности вены.

9. Оттянуть поршень на себя, увидеть появление крови. Убедиться, что игла в вене.

10. Снять жгут.

11. Ввести лекарственное средство медленно, надавливая на поршень первым пальцем левой руки. Следить, чтобы в шприце оставалось небольшое количество лекарственного средства и пузырьки воздуха.

12. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе, можно зафиксировать шарик бинтом (профилактика постинъекционной гематомы, т.е. попадания крови из вены в подкожное пространство).

Осложнения:

1. Гематома (кровоизлияние под кожу) при неумелой пункции вены. На место гематомы следует наложить полуспиртовой согревающий компресс.

2. Спазм вены во время прокола.

3. Некроз (омертвление) при введении под кожу значительного количества сильно раздражающего вещества (10% раствор кальция хлорида).

4. Тромбофлебит (воспаление вены с образованием в ней тромба) при частых пункциях одной и той же вены или при использовании тупых игл.

5. Повреждение нервных стволов при неправильном выборе места инъекции или раздражающим раствором, когда депо лекарственного средства оказывается рядом с нервом. Тяжесть осложнения может быть разной – от неврита (воспаление нерва) до паралича (выпадение функции).

6. Воздушная эмболия при нарушении внутривенных введений.

7. Сепсис (общее инфекционное заболевание) при грубейших нарушениях правил асептики.

Техника выполнения внутривенного капельного введения жидкостей.

Общие сведения: Внутривенные вливания осуществляются с помощью специальных одноразовых капельных систем позволяющих медленно вводить различные количества жидкостей (от 100 мл до нескольких литров) в течение длительного времени. При этом жидкость медленно всасывается и дольше задерживается в организме, не вызывая больших колебаний артериального давления, и не осложняет работу сердца.

Цель: медленное, 40-60 капель в мин, поступление в кровеносное русло лекарственных растворов.

Показания: Восстановление объема циркулирующей крови; нормализация водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния организма; устранение явлений интоксикации; парентеральное питание;

Оснащение:

1. *Стерильные:* лоток, бязевая салфетка, сложенная в 4 слоя и накрывающая лоток, пинцет, салфетки малые, ватные шарики, маска, перчатки, халат.

2. Одноразовая система для капельного введения жидкостей; штатив для капельницы, длиной 1-1,5м над кроватью, клеенчатая подушечка, лейкопластырь – 2 ленты длиной 3-4см и шириной 1см.

3. Дезинфицирующий раствор в емкостях для дезинфекции «капельницы», иглы, ватные шарики и салфетки, жгут, клеенчатая подушечка, лейкопластырь, ветошь, процедурный стол, кушетка.

4. Ветошь с маркировкой.

5. Спирт этиловый 70%.

Подготовка к процедуре: установить доверительные, конфедициальные отношения с пациентом (ребенком), если он в сознании, объяснить маме (ребенку) цель введения лекарственного раствора пациенту, ход и суть процедуры, получить согласие пациента или его родственников на процедуру, обработать руки на гигиеническом уровне, одеть стерильный халат, маску, перчатки. Подготовить одноразовую систему для капельного введения. Проверить срок годности и герметичность упаковки, сдавив ее с обеих сторон. Подготовить стерильный лоток с салфетками, ватными шариками и пинцетом. Подготовить флакон с лекарственным раствором для инфузии. Проверить срок годности, внешний вид, сверить с врачебными назначениями. Снять с флакона металлический колпачок ножницами. Обработать пробку флакона двукратно спиртом. Закрыть зажим на системе. Перевернуть флакон вверх дном, подвесить на штативе. Перевернуть капельницу, снять иглу с колпачком, положить в стерильный лоток. Заполнить капельницу раствором, держа длинный конец системы выше перевернутой капельницы. Во флакон будет входить воздух для вытеснения раствора из флакона. Следить, чтобы капельница оказалась на одном уровне с флаконом. Заполнение капельницы происходит по закону сообщающихся сосудов. Заполнить капельницу примерно наполовину. Капельница должна оставаться полупустой для подсчета капель при введении. Опустить конец системы вниз и заполнить трубку раствором, закрыть зажим. Одеть иглу с колпачком.

Противопоказания:

- Аллергическая реакция на лекарственное средство.
- Поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки в предполагаемом месте инъекции.
- Нарушение свертываемости крови.

Выполнение процедуры:

1. Уложить пациента в удобное положение. Выполняет процедуру врач или высококвалифицированная медсестра.
2. Положить под локоть пациента клеенчатую подушечку, исследовать вену.
3. Обернуть плечо салфеткой и наложить венозный жгут на среднюю треть плеча. Исследовать вену. Пациент при этом сжимает и разжимает кулак.
4. Обработать место пункции вены 70% спиртом двукратно разными ватными шариками. Первый раз обрабатывается большая площадь поверхности кожи, второй раз – только место введения иглы. Сбросить ватные шарики, в дезинфицирующий раствор (3% раствор хлорамина).
5. Снять иглу с колпачком с системы, затем колпачок с иглы.
6. Фиксировать вену большим пальцем левой руки ниже места введения. Держать иглу правой рукой за канюлю. **Соблюдать стерильность!**
7. Предложить пациенту сжать кулак.
8. Ввести иглу в вену на 1/3 ее длины, подложив под канюлю стерильную салфетку. Убедиться, что кровь из канюли выделяется каплями на салфетку.
9. Снять жгут. Предложить пациенту разжать кулак.
10. Открыть зажим на системе. Сдавить трубку системы пальцами правой руки. Кровь из канюли не должна выделяться на салфетку.
11. Присоединить систему к канюле иглы, сменить салфетку. Сбросить салфетку в дезинфицирующий раствор (3%-ный раствор хлорамина).
12. Отрегулировать скорость поступления капель зажимом.

13. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть стерильной салфеткой место введения.
14. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента во время внутривенного вливания.
15. Прижать к месту инъекции ватный шарик (салфетку) с антисептиком, извлечь иглу.
16. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе, можно зафиксировать шарик бинтом (профилактика постинъекционной гематомы).
17. Закрыть иглу колпачком, соблюдая универсальные правила предосторожности. Подвесить трубку системы на штативе.

По окончании парентерального введения лекарственных средств необходимо: шприц и иглы поместить в емкость с 3%-ным раствором хлорамина. Предварительно необходимо промыть шприц от лекарственного средства в промывных водах или дезинфицирующем растворе. Если проводилась внутривенная инфузия, то погрузить систему с иглой в емкость с дезраствором, разрезать ножницами в дезрастворе, при полном погружении. Оставить для дезинфекции на время экспозиции для данного дезинфицирующего средства. Взять у пациента через 1-2 мин. (5-7 мин при внутривенном введении лекарственных средств) ватный шарик (не оставляйте ватный шарик, загрязненный кровью, у пациента, положить шарик в дезраствор или лоток (пакет из под одноразового шприца) для последующей дезинфекции). Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор. Вымыть и высушить руки. Оценить реакцию пациента на процедуру. В норме реакция на процедуру адекватная. Рекомендуется не вставать с постели в течение 2 часов после внутривенной инфузии. Сделать отметку о проделанной процедуре в листе назначений. Это является обязательным условием для контроля количества выполненных инъекций

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.
3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Катетеризация периферических вен, инфузионные порт-системы, уход за ними.

Цель занятия: изучить сестринский процесс при периферической катетеризации вен, уходе за внутривенными катетерами.

Вопросы для самоподготовки:

1. Виды периферических внутривенных катетеров. Выбор вены для постановки ПВК.
2. Стандартный набор для катетеризации периферической вены
3. Техника постановки периферического венозного катетера:
4. Уход за ПВК, подключенным катетером, инфузионными порт-системами
5. Техника удаления венозного катетера:

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе	8.25-8.45	ДРКБ	

	(отработка на фантомах техники внутривенных инъекций и инфузий) 2. Самостоятельная работа у постели больного, работа в процедурном кабинете	8.45-9.05	Симуляционный класс	
3	Заключительный 1. Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2. Заключение по занятию, задание на дом	9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Внутривенные катетеры для установки в периферические вены предназначены для более длительного внутривенного вливания. Внешне это индивидуально упакованное изделие, которое имеет прозрачный верх из тонкого пластика, через который виден катетер и находящаяся внутри него игла. В отличие от игл “бабочек” в сосуде остается катетер, а не игла. Больной или медицинский персонал может перемещать руку с катетером, не беспокоясь о повреждении вены. Длительность пребывания такого катетера в вене определяется материалом, из которого он изготовлен, мерами ухода за катетером и растворами, которые вливаются. Обычно — более 3 суток. Основные области применения — общая практика при всех видах хирургического вмешательства — на период проведения операции или родов. Внутривенные катетеры для установки в центральные вены предназначены для длительного внутривенного вливания растворов. Эти изделия должны поставляться в наборах с иглой, катетером, проводником для катетера, возможны и другие вспомогательные приспособления. Длительность пребывания катетера в вене определяется теми же факторами, что и у обычного периферического катетера. Следует отметить: чем крупнее вена для установки катетера, тем больше вероятность развития осложнений, связанных с нахождением катетера в вене. В этом случае возрастает роль материала, из которого изготовлен катетер, и мер по уходу за ним. Основные области применения — отделения реанимации, кардиохирургия и онкология. Внутривенные катетеры для установки из периферических вен в центральные вены позволяют производить установку катетера в периферической вене и провести его по ходу периферической вены в центральную. В этом случае растворы попадают в центральную вену, а катетер находится в периферической вене. Таким образом, снижается вероятность появления осложнений, которые встречаются при установке катетера в центральную вену. Такие катетеры устанавливаются больным, которым требуется длительное время для стабилизации параметров жизнедеятельности. Основные области применения — неонатология (родовые травмы), реанимация, онкология и отделения интенсивной терапии

Портованные катетеры имеют дополнительный инъекционный порт для введения препаратов без дополнительной пункции. С его помощью возможно безигольное болюсное (прерывистое) введение препаратов без прерывания внутривенной инфузии.

Размер катетера определяется в G (гейчах). В соответствии с размерами производится цветовая маркировка катетеров, единая для всех производителей, которые соблюдают стандарты. Данная величина обратно пропорциональна диаметру, т.е. чем больше G тем тоньше катетер.

. Приоритеты по выбору вены для пункции:

- Хорошо визуализируемые вены с хорошо развитыми коллатеральями.
 - Вены с не доминирующей стороны тела (у правой - левая, у левой - правая).
 - Сначала использовать дистальные вены
 - Использовать вены мягкие и эластичные на ощупь
 - Вены со стороны противоположной оперативному вмешательству.
 - Вены с наибольшим диаметром.
 - Наличие прямого участка вены по длине соответствующего длине канюли.
Наиболее подходящие для установки ПВК вены и зоны (тыльная сторона кисти, внутренняя поверхность предплечья).
- Считаются непригодными для канюляции следующие вены:
- Вены нижних конечностей (низкая скорость кровотока в венах нижних конечностей приводит к повышенной опасности тромбообразования).
 - Места изгибов конечностей (околосуставные области).
 - Ранее катетеризированные вены (возможно повреждение внутренней стенки сосуда).
 - Вены, расположенные близко к артериям (возможность проведения пункции артерии).
 - Срединная локтевая вена (Vena mediana cubiti). Пункция данной вены по протоколам допустима в 2-х случаях - забор крови на анализ, при оказании экстренной помощи и плохой выраженности остальных вен.
 - Вены ладонной поверхности рук (опасность повреждения сосудов).
 - Вены на конечности, на которой проводились хирургические вмешательства или химиотерапия.
 - Вены поврежденной конечности.
 - Плохо визуализируемые поверхностные вены.
 - Хрупкие и склерозированные вены.
 - Области лимфаденопатии.
 - Инфицированные участки и участки повреждения кожи.
 - Глубоко лежащие вены.

Стандартный набор для катетеризации периферической вены

- стерильный лоток
- лоток для мусора
- шприц с гепаринизированным раствором 10 мл (1:100)
- стерильные ватные шарики и салфетки
- лейкопластырь и/или клеящая повязка
- кожный антисептик
- периферические внутривенные катетеры нескольких размеров
- переходник и/или соединительная трубка или obturator
- жгут
- стерильные перчатки
- ножницы
- лангета
- бинт средний
- 3% раствор перекиси водорода

Алгоритм постановки периферического венозного катетера

вымойте руки;

соберите стандартный набор для катетеризации вены, включая несколько катетеров различных диаметров (Таблица 2);

проверьте целостность упаковки и сроки хранения оборудования;

убедитесь, что перед Вами тот больной, которому назначена катетеризация вены;

обеспечьте хорошее освещение, помогите пациенту найти удобное положение;

разъясните пациенту суть предстоящей процедуры, создайте атмосферу доверия, предоставьте возможность задать вопросы, определите предпочтения пациента по месту постановки катетера;

приготовьте в зоне легкой досягаемости контейнер для утилизации острых предметов; вымойте тщательно руки и просушите их;

наложите жгут на 10-15 см выше предполагаемой зоны катетеризации;

попросите пациента сжимать и разжимать пальцы кисти для улучшения наполнения вен кровью;

выберите вену путем пальпации, принимая во внимание характеристики инфузата;

снимите жгут;

подберите наименьший катетер, учитывая: размер вены, необходимую скорость введения, график проведения внутривенной терапии, вязкость инфузата;

повторно обработайте руки, используя антисептик, и наденьте перчатки;

наложите жгут на 10-15 см выше выбранной зоны;

обработайте место катетеризации кожным антисептиком в течение 30-60 секунд и дайте высохнуть самостоятельно; НЕ ПАЛЬПИРУЙТЕ ВЕНУ ПОВТОРНО

зафиксируйте вену, прижав ее пальцем ниже предполагаемого места введения катетера;

возьмите катетер выбранного диаметра и снимите защитный чехол. Если на чехле расположен дополнительная заглушка, чехол не выбрасывайте, а держите его между пальцами свободной руки;

введите катетер на игле под углом к коже 15 градусов, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере;

при появлении крови в индикаторной камере уменьшите угол наклона иглы-стилета и на несколько миллиметров введите иглу в вену;

зафиксируйте иглу-стилет, а канюлю медленно до конца сдвигайте с иглы в вену (игла-стилет полностью из катетера пока не удаляется);

снимите жгут

НЕ ВВОДИТЕ ИГЛУ В КАТЕТЕР ПОСЛЕ СМЕЩЕНИЯ ЕГО С ИГЛЫ В ВЕНУ

пережмите вену на протяжении для снижения кровотечения и окончательно удалите иглу из катетера; утилизируйте иглу с учетом правил безопасности;

снимите заглушку с защитного чехла и закройте катетер или присоедините инфузионную систему;

зафиксируйте катетер на конечности;

зарегистрируйте процедуру катетеризации вены согласно требований лечебного учреждения;

утилизируйте отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима.

Ежедневный уход за катетером

Необходимо помнить, что максимум внимания к выбору оборудования, процессу постановки катетера и качественный уход за ним являются главными условиями успешности проводимого лечения и профилактики осложнений. Каждое соединение катетера – это ворота для проникновения инфекции.

-необходимо избегать многократного прикосновения руками к оборудованию; строго соблюдать асептику, работать только в стерильных перчатках; чаще менять стерильные заглушки, никогда не пользоваться заглушками, внутренняя поверхность которых могла быть инфицирована;

-сразу после введения антибиотиков, концентрированных растворов глюкозы, препаратов крови промывать катетер небольшим количеством физиологического раствора;

-для профилактики тромбоза и продления функционирования катетера в вене дополнительно промывать катетер физиологическим раствором днем, между инфузиями; после введения физиологического раствора ввести гепаринизированный раствор;

-следить за состоянием фиксирующей повязки и менять ее при необходимости; регулярно осматривать место пункции с целью раннего выявления осложнений; при появлении отека, покраснении, местном повышении температуры, непроходимости катетера, подтекания, а также при болезненных ощущениях при введении препаратов необходимо поставить в известность врача и удалить катетер;

-при смене лейкопластырной повязки запрещается пользоваться ножницами, существует опасность для катетера быть отрезанным, что приведет к попаданию катетера в кровеносную систему;

-для профилактики тромбоза на вену выше места пункции тонким слоем накладывайте тромболитические мази (например, "Траумель", "Гепариновая", "Троксевазин").

-внимательно следить за маленьким ребенком, который несознательно может снять повязку и повредить катетер;

-при появлении побочных реакций на препарат (бледность, тошнота, сыпь, затруднение дыхания, подъем t) - вызовите врача;

-информацию об объеме введенных препаратов в течение суток, скорости их введения необходимо регулярно вводить в карту наблюдения за пациентом для контроля эффективности проводимой инфузионной терапии;

-место катетеризации рекомендуется менять каждые 48-72 часа.

Алгоритм удаления венозного катетера

- вымойте руки
- прекратите инфузию и снимите защитную бинтовую повязку (если имеется)
- обработайте руки антисептиком и наденьте перчатки
- от периферии к центру удалите фиксирующую повязку без использования ножниц
- медленно и осторожно удалите катетер из вены
- осторожно прижмите место катетеризации стерильным марлевым тампоном в течение 2-3 минут
- место катетеризации обработайте кожным антисептиком
- наложите на место катетеризации стерильную давящую повязку и зафиксируйте ее лейкопластырем
- проверьте целостность канюли катетера. При наличии тромба или подозрении на инфицирование катетера кончик канюли отрежьте стерильными ножницами, поместите в стерильную пробирку и направьте в бактериологическую лабораторию на исследование (по назначению врача).
- зафиксируйте в документации время, дату и причину удаления катетера
- утилизируйте отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима

Набор для удаления венозного катетера

- стерильные перчатки
- стерильные марлевые шарики
- лейкопластырь
- ножницы
- тромболитическая мазь
- кожный антисептик
- лоток для мусора
- стерильные пробирка, ножницы и лоток (используются, если катетер затромбирован или при подозрении на инфицирование катетера)
 - **Рекомендуемая литература**
 - **Основная:**
 - 1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

- 3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.
-

ТЕМА: Первая медицинская помощь при гипертермическом синдроме, судорожном синдроме, анафилактическом шоке, обмороке у детей.

Цель занятия: изучить сестринский процесс и научить оказывать первую медицинскую помощь при судорожном синдроме, гипертермическом синдроме, анафилактическом шоке, обмороке у детей

Вопросы для самоподготовки:

- 1.Определение гипертермии, виды лихорадок, причины развития гипертермии
- 2.Доврачебную помощь при гипертермическом синдроме
- 3.Роль медицинской сестры при оказании доврачебной помощи детям с судорожным синдромом.
- 4.Причины развития анафилактического шока, первые признаки анафилактический шок у детей.
- 5.Доврачебную помощь при анафилактический шок у детей
- 6.Доврачебная помощь при острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс) у детей

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах алгоритма и методики доврачебной помощи при судорожном синдроме, гипертермическом синдроме, анафилактическом шоке, обмороке у детей)	8.25- 9.00	ДРКБ Симуляционный класс	
3	Заключительный 1.Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2.Заключение по занятию, задание на дом	. 9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы

Гипертермия - самый частый симптом заболевания у детей. В настоящее время известно, что гипертермия – защитно-компенсаторная реакция, благодаря которой усиливается иммунный ответ организма на болезнь, так как:

- возрастает бактерицидность крови,
- повышается активность лейкоцитов,
- повышается выработка эндогенного интерферона,
- усиливается интенсивность метаболизма, который обеспечивает ускоренное поступление питательных веществ к тканям.

Классификация гипертермии

Тип гипертермии	Показатели температуры
Субфебрильная	37-38°C
Умеренная	38-39°C
Высокая	39-41°C
Гиперпиретическая	более 41°C

Виды гипертермии

Вид	Механизм	Клиника
Розовая гипертермия	Теплопродукция равна теплоотдаче.	1. Кожные покровы умеренно гиперемированы, теплые, влажные. 2. Общее состояние страдает незначительно.
Белая гипертермия	Теплопродукция превышает теплоотдачу, так как происходит спазм периферических сосудов.	1. Ощущение холода, озноб. 2. Бледность кожных покровов. 3. Цианотичный оттенок ногтевых лож, губ. 4. Похолодание конечностей.

Согласно национальным рекомендациям, жаропонижающие средства рекомендуется давать в следующих случаях: ранее здоровым детям в возрасте старше трех месяцев при температуре тела выше 39 °С и/или мышечной ломоте и головной боли, детям с фебрильными судорогами в анамнезе и детям первых трех месяцев жизни при температуре тела выше 38 °С, детям с тяжелыми заболеваниями сердца и легких при температуре тела выше 38,5 °С. У ребенка с неотягощенным преморбидным фоном температурная реакция, как правило, носит благоприятный характер («розовая лихорадка»), если температура не превышает 39 °С, от использования лекарственных средств следует воздержаться. Показано обильное питье, могут быть использованы физические методы охлаждения (ребенка следует раскрыть и обтереть водой комнатной температуры, одежда должна быть свободной, легкой, температура в комнате не более 20 °С, возможно применение лечебной ванны с температурой на 2 °С ниже температуры тела).

Физическое охлаждение с помощью льда

Цель: добиться снижения температуры.

Оснащение: - пузырь для льда, кусковой лед, - деревянный молоток, вода 14-16°C, пленки (3-4 шт., флаконы со льдом, часы.

Обязательное условие: при проведении гипотермии необходимо осуществлять контроль температуры через 20-30 минут и проводить коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии.

Перед проведением процедуры: необходимо объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие в целях обеспечения права на информацию, участие в процедуре. Подготовить необходимое оснащение, вымыть и осушить руки.

Выполнение процедуры:

1. Поместить кусковой лед в пленку, разбить его на мелкие части (размером 1-2 см) деревянным молотком (измельченный лед более равномерно распределяется в пузыре), наполнить пузырь льдом на ½ объема и долить холодной воды до 2/3 его объема (тающий лед поддерживает температуру воды 10-12°C). Вытеснить воздух из пузыря нажатием руки, расположив его на твердой поверхности в целях обеспечения свободного пространства для воды, образующейся во время таяния льда. Плотнo закрыть пузырь крышкой и перевернуть

пробкой вниз, с целью и проверки на герметичность. Завернуть пузырь со льдом в сухую пленку для профилактики обморожения кожи.

2. Приложить пузырь со льдом к голове ребенка на расстоянии 2-3см (предупреждение местного обморожения). Проверить расстояние между пузырем и головой ребенка, расположив между ними ребро ладони (оно должно свободно проходить).

3. Флаконы со льдом приложить на области крупных сосудов, предварительно прикрыв их пленкой (подмышечные области, паховые складки, подколенные ямки), что улучшит теплоотдачу, предупредит местное обморожение.

4. Зафиксировать время для исключения вероятности возникновения патологических состояний, связанных с длительным местным спазмом сосудов.

Примечание: длительность процедуры – не более 20-30 минут. При необходимости ее повторения перерыв должен составлять не менее 10-15 минут.

5. По мере таяния льда сливать воду из пузыря и подкладывать в него новые кусочки льда, менять флаконы.

Завершение процедуры:

1. Через 20-30 минут убрать пузырь и флаконы и перемерить температуру тела ребенку для определения эффективности проведения процедуры. Если мероприятия эффективны, температура должна снизиться на 0,2-0,3°C.

2. Провести коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии. При снижении температуры через 20-30 минут на 0,2-0,3°C проводимые мероприятия прекращаются, при отсутствии положительной динамики или при повышении температуры необходимо перейти на следующий этап снижения гипертермии.

Физическое охлаждение с помощью спирта.

Цель: добиться снижения температуры.

Оснащение: флакон с этиловым спиртом 70%, ватные шарики, вода 14-16°C, часы, почкообразный лоток.

Обязательное условие:

При проведении гипотермии необходимо осуществлять контроль температуры через 20-30 минут и проводить коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии.

Перед проведением процедуры необходимо: объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, подготовить необходимое оснащение для обеспечения четкости выполнения процедуры, вымыть и осушить руки. Раздеть ребенка (необходимое условие для проведения процедуры). Осмотреть кожные покровы ребенка, не должно быть повреждений кожи.

Выполнение процедуры:

1. В целях обеспечения теплоотдачи ватным тампоном, смоченным в спирте, протереть места, где крупные сосуды близко расположены к поверхности тела: а) височную область, б) область сонных артерий, в) подмышечную область, г) локтевые, подколенные и в последнюю очередь паховые складки.

2. Сбросить тампон в лоток для отработанного материала.

3. Повторять протирание складок каждые 10-15 минут для обеспечения эффективности процедуры за счет увеличения теплоотдачи.

Завершение процедуры:

1. Через 20-30 минут перемерить температуру тела ребенку для определения эффективности проведения процедуры. Если мероприятия эффективны, температура должна снизиться на 0,2-0,3°C.

2. Провести коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии. При снижении температуры через 20-30 минут на 0,2-0,3°C проводимые мероприятия прекращаются, при отсутствии положительной динамики или при повышении температуры необходимо перейти на следующий этап.

Неотложная помощь при гипертермии

Этапы	Обоснование	Дозы
1. Уложить ребенка в постель	Повышение температуры – признак интоксикации	
2. Расстегнуть стесняющую одежду	Облегчение экскурсии легких	
3. Обеспечить доступ свежего воздуха	При гиперемии развивается гипоксия	
4. Определить тип гиперемии (белая или розовая). Если белая - перевести в розовую (согреть ребенка, ввести но-шпу, или никотиновую кислоту, или папаверин, которые являются спазмолитиками)	Белая гипертермия связана со спазмом периферических сосудов, который значительно нарушает процесс теплоотдачи	
5. Провести мероприятия в зависимости от показателей температуры: а) 37,0-38°C – назначить обильное питье; б) 38-38,5°C – провести физическое охлаждение; в) 38,5-39°C – энтерально ввести жаропонижающие средства (сначала парацетомол, затем при неэффективности ибупрофен (нурофен) в сиропе, суспензии или в виде ректальных свечей, при «бледной» лихорадке необходимо дать ребенку спазмолитик, например, но-шпу); г) 39°C и выше при неэффективности энтеральных средств – в/м ввести литическую смесь: - анальгин 50% р-р - димедрол - папаверин	Повышенная температура не должна снижаться литически <i>Примечание:</i> аспирин, запрещен для детей до 15 лет в связи с возможным развитием синдрома Рея (поражение головного мозга и печени), смертность при котором составляет более 50%. Метамизол (анальгин) до 12 лет можно применять только по назначению врача в критических случаях, в связи с высоким риском возникновения заболеваний крови и нарушений функции почек. Он полностью запрещен к применению в 39 странах Европы и Америки.	0,1 мл/год 0,1 мл/год 0,1 мл/год
6. Провести кислородотерапию	При гипертермии повышена потребность тканей в кислороде	
7. В течение 20-30 минут от начала проведения мероприятий постараться вызвать мочеиспускание у ребенка	Обеспечение выведения токсинов из организма	
8. Через 20-30 минут повторить термометрию	Контроль эффективности проведенных мероприятий	
9. Провести коррекцию проводимых мероприятий с учетом показателей повторной термометрии	Через 20-30 минут температура должна снизиться на 0,2-0,3°C	

Судороги - непроизвольное мышечное сокращение, вызывающее искажение формы тела и конечностей. Фебрильные судороги возникают при высокой температуре у младенцев и маленьких детей. Афебрильные судороги младенцев чаще всего возникают в результате родовой травмы или повреждения головного мозга. Ритмичные судороги конечностей являются характерными симптомами эпилепсии. Судороги могут быть локальными (*распространяются на отдельные группы мышц*) и генерализованными (*судорожный припадок*).

Неотложная помощь при судорогах

Этапы	Обоснование	Дозы
1	2	3
1. Уложить ребенка на ровную мягкую поверхность, убрать возможные повреждающие предметы	Профилактика травм	
2. Расстегнуть стесняющую одежду	Облегчение экскурсии легких	

3. Обеспечить доступ свежего воздуха	При судорогах возрастает потребление кислорода	
4. Между коренными зубами заложить узел салфетки или шпатель, обернутый ватой и бинтом	Профилактика прикусывания языка	
5. Внутривенно или внутримышечно ввести препараты: реланиум (седуксен) или дроперидол или 25% раствор сернокислой магнезии или ГОМК	Подавляют возбудимость ЦНС Помимо вышеуказанного действия, ГОМК повышает устойчивость мозга к гипоксии	0,1 мл/год 0,1 - 0,2 мл/кг 0,1 - 0,2 мл/кг 50 – 100 мг/кг (1мл=200мг)
6. Провести кислородотерапию	Прогностически неблагоприятным фактором является выраженная гипоксия, на фоне которой развиваются судороги или к которой они могут приводить	
7. Выявить причину судорог и постараться устранить ее	Судороги – симптом. Пока существует причина, их вызывающая, судороги могут повторяться.	

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Наumenко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Первая медицинская помощь при рвоте, диарее, острых отравлениях, желудочно-кишечном кровотечении у детей.

Цель занятия: изучить сестринский процесс при оказании первой медицинской помощи детям с рвотой, диареей, острым экзогенным отравлением.

Вопросы для самоподготовки:

1. Этапы сестринского процесса при рвоте и диарее у детей

2. Роль медицинской сестры при оказании доврачебной помощи детям с острым отравлением.

3. Принципы оказания доврачебной помощи при желудочно-кишечном кровотечении у детей

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах алгоритма и методики доврачебной помощи детям с рвотой, диареей, острым экзогенным отравлением)	8.25- 9.00	ДРКБ Симуляционный класс	
3	Заключительный 1.Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2.Заключение по занятию, задание на дом	. 9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Рвота – сложный рефлекторный акт, сопровождающийся непроизвольным выбрасыванием содержимого желудка через пищевод, глотку, рот. Часто повторяющаяся рвота приводит к истощению больного, обезвоживанию, потере микроэлементов, особенно калия. Рвота является признаком многих заболеваний желудочно-кишечного тракта, инфекционных болезней, патологии центральной нервной системы и др. Иногда встречается **жвачка (руминация)**, когда ребенок срыгивает, пережевывает и повторно проглатывает пищу. От рвоты необходимо отличать **срыгивания**, которые характеризуются выбросом пищи из пищевода или желудка без напряжения мышц брюшного пресса.

При возникновении рвоты необходимо максимально облегчить состояние больного: удобно усадить его, закрыть грудь клеенкой, поднести ко рту чистый лоток, тазик. Если больной ослаблен, или ему не разрешается сидеть необходимо повернуть голову набок так, чтобы она была немного ниже туловища, поднести к углу рта платок. Чтобы предохранить от загрязнения подушку и белье нужно подложить полотенце, сложенное в несколько раз. О появлении рвоты у больного необходимо сразу же сообщить врачу. После рвоты больному надо дать прополоскать рот теплой водой и вытереть ему губы и углы рта. С целью прекращения рвоты ребенку желательно дать выпить холодной воды, проглотить кусочки льда, принять внутрь несколько мятных капель или 2-3 мл 1% раствора новокаина.

Рвотные массы оставляют до прихода врача, при необходимости направляют в лабораторию в чистой посуде с широким горлом, указав сведения о больном и цель исследования. Рвота «кофейной гущей» свидетельствует о желудочно-кишечном кровотечении. В этих случаях оказывают соответствующую доврачебную помощь и срочно вызывают врача.

Диарея – наиболее часто возникает при кишечной инфекции и связан с действием патогенных микроорганизмов и ускоренной перистальтикой кишечника. Реже наблюдается при кишечном дисбактериозе, недостаточности поджелудочной железы, хроническом энтерите. Наличие в каловых массах большого количества слизи, крови, как правило, указывает на поражение толстой кишки. Каловые массы отправляют в лабораторию для исследований. При подтверждении кишечной инфекции больного

переводят в инфекционное отделение или помещают в отдельный бокс. Проводят текущую дезинфекцию. Горшки, подкладные судна дезинфицируют.

Первая помощь при желудочно-кишечных кровотечениях.

Признаками кровотечения являются рвота и стул с примесью крови. Кровавая рвота является симптомом кровотечения из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Иногда в рвотных массах может оказаться кровь, проглоченная ребенком при нераспознанном носовом или легочном кровотечении. При массивном кровотечении в рвотных массах преобладает алая и неизменная кровь. При несильном кровотечении кровь длительное время остается в желудке, подвергаясь воздействию хлористоводородной (соляной) кислоты, приобретает темную окраску. В этом случае возникает рвота «кофейной гущей».

Кровавый стул появляется при кровотечениях как из верхних, так и из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Наличие свежей или алой крови позволяет предположить, что источник кровотечения находится недалеко от заднего прохода - в нижних отделах толстой кишки. При кровотечениях из слепой, восходящей и поперечной ободочной кишки стул приобретает темно-бордовую или красновато-коричневую окраску. При кровотечениях из желудка и тонкой кишки, в частности двенадцатиперстной, стул черного цвета, дегтеобразный - мелена. Одновременно может быть рвота «кофейной гущей». Во всех случаях кровотечения из желудочно-кишечного тракта ребенка необходимо уложить в постель, так как даже небольшое кровотечение может перейти в профузное. Следует обеспечить абсолютный покой, ребенку не разрешают подниматься с постели. Больной должен лежать на спине. На верхнюю половину живота кладут пузырь со льдом. Вызывают врача.

В первые часы после кровотечения следует воздержаться от приема пищи, иногда ребенку дают глотать мелкие кусочки чистого льда. В дальнейшем больной принимает пищу в холодном и жидком виде: молоко, сметана, сливки, яичные белки, сливочное масло, тщательно протертое овощное пюре с измельченным мясом или рыбой. Через 2 - 3 дня диету расширяют - назначают диету № 1а. Осуществляется строгий индивидуальный уход. Медицинская сестра следит, чтобы мочеприемник и подкладное судно ребенку подавали только в постель.

Помощь при кровотечении из пищевода и желудка.

Показания: остановка кровотечения при язвенной болезни желудка, геморрагическом гастрите, расширении вен пищевода.

Оснащение: резиновые перчатки, пузырь для льда, лед, емкость для сбора рвотных масс, емкость с дезинфицирующим раствором, лекарственные средства: 10% раствор хлористого кальция, 1% викасол, пакет сухой хлорной извести

Последовательность действий:

1. Одеть резиновые перчатки.
2. Придать пациенту горизонтальное положение.
3. Успокоить пациента, создать полный физический и психологический покой.
4. Подготовить пузырь для льда, заполнить его кусочками льда.
5. Положить на эпигастральную область пузырь со льдом на 15 минут.
6. Помочь пациенту во время рвоты.
7. Запретить пациенту пить, принимать пищу и лекарственные средства во внутрь.
8. Вводить внутривенно коагулянты (если взрослому: - хлористый кальций (10%) – 10 мл; 1%-ный раствор викасола – 2-3мл).
9. Засыпать рвотные массы в емкости сухой хлорной известью, в пропорции 1:5 в течение 1 час.
10. Госпитализировать пациента в стационар в полусидячем положении.
11. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Первая медицинская помощь при острой дыхательной недостаточности, острой сердечной недостаточности у детей.

Цель занятия: изучить сестринский процесс и научить оказывать первую медицинскую помощь при острой дыхательной недостаточности, острой сердечной недостаточности

Вопросы для самоподготовки:

1. Первые признаки острой дыхательной недостаточности у детей; доврачебную помощь при ОДН.

2. Первые признаки острой сердечной недостаточности у детей; доврачебную помощь при ОСН.

3. Принципы проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца у детей.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Работа в симуляционном классе (отработка на фантомах алгоритма и методики доврачебной помощи при острой дыхательной недостаточности, острой сердечной недостаточности у детей)	8.25- 9.00	ДРКБ Симуляционный класс	
3	Заключительный 1.Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2.Заключение по занятию, задание на дом	9.10-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Аннотация темы.

Помощь при остановке дыхания и сердечной деятельности.

Международно признанная схема состоит из четырех частей.

Данная схема названа «**Азбука элементарной реанимации**».

«**А**» - **проверить, есть ли дальнейшая опасность для вас или ребенка?** В каждой ситуации разные опасности. Вы должны их мгновенно оценить, и убедиться, что знаете, как их избежать.

«**В**» - **проверить воздухоносные пути** (свободны ли они?).

«**С**» - **проверить дыхание** (дышит ли ребенок?):

- ищите движения грудной клетки
- слушайте звуки дыхания
- почувствуйте дыхание ребенка на своем лице.

«**Д**» - **проверить циркуляцию** (бьется ли сердце?):

- **ищите пульс.** Лучшее место, где обнаруживается пульс у ребенка до года, - плечевая артерия. Искать пульс следует на внутренней стороне конечности посередине между локтем и плечом. Слегка надавить двумя пальцами в сторону кости, одновременно поддерживая наружную часть руки большим пальцем.

У детей старше года пульс необходимо искать на сонной артерии. Нащупайте адамово яблоко (выступ в середине гортани) при помощи двух пальцев. Переместите пальцы от адамова яблока в сторону углубления между ним и мышцами шеи. Нажмите на шею, чтобы почувствовать пульс.

Примечание: если вы не улавливаете дыхания – надо провести «искусственное дыхание»; если вы не чувствуете пульса – «непрямой массаж сердца».

Помощь при острой дыхательной недостаточности:

- 1) создать возвышенное положение
- 2) менять положение больного, переворачивая его с боку на бок или брать ребенка на руки
- 3) обеспечить доступ свежего воздуха, организовать подачу кислорода
- 4) отвлекающие процедуры по назначению врача (горчичники)

Оказание первой неотложной доврачебной помощи при внезапной остановке дыхания. Прежде всего больному нужно максимально запрокинуть голову. Указательным пальцем, обернутым марлей, носовым платком его рот и нос очищают от слизи, всего постороннего и после этого начинают осуществлять искусственное дыхание по методу «рот в рот». Частота дыханий должна быть 20-25 в минуту. Признаком достаточной эффективности вдувания воздуха служит приподнимание при каждом дыхании грудной клетки больного. Искусственное дыхание проводится до восстановления спонтанного дыхания.

Искусственное дыхание методом «рот в рот»

Примечание:

- 1). Вдувайте воздух в рот и в нос одновременно
- 2). Не забудьте, что у «грудничка» шея короче, толще и более хрупкая - будьте осторожны, запрокидывая его голову
- 3) Вдувайте не полный свой объем воздуха в дыхательные пути младенца, так как возможен разрыв альвеол.

Проведение искусственного дыхания ребенку до года

1. Уложить ребенка спиной на ровную твердую поверхность (улучшается проходимость дыхательных путей).
2. Под плечи положить валик для выпрямления дыхательных путей.
3. Осторожно запрокинуть голову ребенка назад (шея младенца коротка, хрупкая), приподнять подбородок в целях профилактики западения языка.
4. Освободить верхние дыхательные пути от слизи и инородных тел для обеспечения проходимости дыхательных путей.
5. На рот и нос малышу положить салфетку.
6. Сделать вдох и расположить свой рот над носом и ртом ребенка, образовав плотное соединение (обеспечение герметичности и эффективности проводимых мероприятий).

7. Вдохнуть воздух в дыхательные пути малыша в количестве, достаточном для того, чтобы грудная клетка осторожно поднялась (наполнение легких ребенка воздухом, профилактика разрыва альвеол).

Примечание: чем меньше ребенок, тем меньший объем воздуха необходимо вдыхать ему в легкие.

8. Сделать паузу, подождать пока опустится грудная клетка малыша для обеспечения пассивного выдоха.

9. Повторять пункты 6-8 до появления самостоятельного дыхания или приезда «скорой помощи», или до появления трупных пятен.

Проведение искусственного дыхания ребенку старше года

1. Уложить ребенка спиной на ровную твердую поверхность (улучшается проходимость дыхательных путей).

2. Под плечи положить валик для выпрямления дыхательных путей.

3. Осторожно запрокинуть голову ребенка назад, приподнять подбородок в целях профилактики западения языка.

4. Освободить верхние дыхательные пути от слизи и инородных тел для обеспечения проходимости дыхательных путей.

5. Наложить салфетку на рот ребенка.

6. Зажать ребенку нос (предупреждение выхода вдыхаемого воздуха через нос).

7. Сделать вдох и расположить свой рот над носом и ртом ребенка, образовав плотное соединение (обеспечение герметичности и эффективности проводимых мероприятий).

8. Вдохнуть воздух в дыхательные пути пострадавшего в количестве, достаточном для того, чтобы грудная клетка осторожно поднялась (наполнение легких ребенка воздухом).

9. Сделать паузу, подождать пока опустится грудная клетка малыша для обеспечения пассивного выдоха.

10. Повторять пункты 7-9 до появления самостоятельного дыхания или приезда «скорой помощи», или до появления трупных пятен.

Коллапс – тяжелая форма острой сосудистой недостаточности, характеризуется длительной и глубокой потерей сознания, резким падением давления, нитевидным пульсом. Коллапс является результатом значительной потери крови или перераспределением крови в сосудистом русле (большая часть крови скапливается в периферических сосудах и органах брюшной полости), следствием чего является резкое падение артериального давления.

Неотложная помощь при коллапсе

Этапы	Обоснование	Дозы
1. Уложить ребенка на ровную поверхность с опущенным головным концом	Обеспечение притока крови к мозгу, что является необходимым в условиях развивающейся гипоксии мозга	
2. Расстегнуть стесняющую одежду	Облегчение дыхания	
3. Обеспечить доступ свежего воздуха	При коллапсе в организме развивается гипоксия	
4. Ввести сосудосуживающие средства: мезатон или норадреналин или адреналин	Уменьшение объема кровяного русла за счет сужения сосудов и как результат – повышение АД	0,1 мл/год 0,1 мл/год 0,1 мл/год
5. Проводить внутривенное капельное введение кровезаменителей под контролем АД	Восполнение кровяного русла и повышение АД	

Для клиники коллапса характерно: а) внезапное ухудшение состояния, б) бледность кожных покровов, в) холодный липкий пот, г) частый нитевидный пульс, д) низкое АД.

Следует немедленно вызвать врача и до его прихода придать больному положение Тренделенбурга, положить теплые грелки к ногам, подготовить норадреналин, систему для внутривенного вливания.

Остановка сердца. Необходимо безотлагательное начало непрямого (закрытого) массажа сердца. Больного необходимо поместить на жесткую поверхность. Обнажается область сердца. Медицинская сестра становится сбоку, слева и помещает одну ладонь на нижнюю треть грудины больного, а другую ладонь накладывает сверху первой. Плечевой пояс сестры должен находиться на грудной клетке больного.

Массаж осуществляется с частотой 60-80 в одну минуту, энергичным резким надавливанием на грудину так, чтобы она смещалась на 3-4 см к позвоночнику. Массаж сердца сопровождается искусственным дыханием. У грудных детей закрытый массаж лучше осуществлять, обхватив обеими руками грудную клетку и сведя большие пальцы на грудице.

Проведение непрямого массажа сердца детям различного возраста.

Этапы:

1. Уложить ребенка спиной на ровную твердую поверхность (условие, необходимое для достижения максимального эффекта реанимационных мероприятий). Расположиться справа от него.
2. Поместить соответствующую часть руки (или обеих рук) на нижнюю треть грудины (но не на мечевидный отросток) для обеспечения необходимой площади давления:
 - а) новорожденному – ладонную поверхность первой фаланги большого пальца (или больших пальцев обеих рук), остальные пальцы поместить под спину малыша.
 - б) ребенку от 1 до 12 месяцев – указательный и средний пальцы
 - в) ребенку 1-7 лет – проксимальную часть кисти (а не пальцы)
 - г) ребенку старше 7 лет – обе руки, сложенные крест-накрест в виде «бабочки».
3. Надавить на грудную клетку вниз так, чтобы она переместилась вглубь на:
 - а) 1-1,5 см – у новорожденных, б) 1-2,5 см – у грудного ребенка, в) 3-3,5 см – у ребенка старшего возраста.

Примечание: слабое давление на грудную клетку не обеспечивает полного прохождения крови по кругам кровообращения в фазу искусственной систолы, сильное давление может привести к переломам ребер, грудины.

4. Уменьшить давление на грудную клетку, позволяя ей вернуться в исходное положение (обеспечение искусственной диастолы).
5. При проведении непрямого массажа сердца в сочетании с проведением искусственного дыхания, - вдох и нажатия на грудную клетку проводить в соотношении 1:5 – если помощь оказывают 2 человека или 2:10; 3:15 – если реанимирующий один (обеспечение оптимального соотношения ЧДД и числа сердечных сокращений).
6. Через минуту после начала проведения реанимационных мероприятий проверить, восстановились ли жизненные функции для контроля эффективности мероприятий.
7. Реанимационные мероприятия проводить до восстановления жизнедеятельности, либо до приезда «скорой помощи», либо до появления трупных пятен. Трупные пятна свидетельствуют о наступлении биологической смерти.

Об эффективности непрямого массажа сердца свидетельствуют появление пульса на сонных, бедренных и лучевых артериях, повышение артериального давления, восстановление самостоятельного дыхания, появление розовой окраски кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.

ТЕМА: Основы паллиативной помощи детям

Цель занятия: познакомить студентов с основами концепции паллиативной помощи детям

Вопросы для самоподготовки:

1. Понимание определения паллиативной помощи детям.
2. Категории детей и подростков, нуждающихся в паллиативной помощи.
3. Основные различия паллиативной помощи детям и паллиативной помощи взрослым.
4. Особенности организации работы хосписов для детей, организация медицинской, и психосоциальной помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА И СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

	Этапы занятия	Время	Место	Оснащение
1	Подготовительный 1. Контроль исходного уровня знаний 3. Разбор основных вопросов темы	8.00-8.05 8.05-8.25	ДРКБ Учебная комната	Вопросы для тестового контроля
2	Основной этап 1. Самостоятельная работа у постели больного, Реферат	8.25-8.45 8.45-9.05	ДРКБ	
3	Заключительный 1.Контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач 2.Заключение по занятию, задание на дом	. 9.05-9.25 9.25-9.30		Ситуационные задачи
4	Самостоятельная работа 1. Работа с литературой по подготовке рефератов и подготовке домашнего задания	9.30-9.45		Литература

Паллиативная помощь детям – это комплексная поддержка неизлечимо больного ребенка и его семьи, которая включает физический, эмоциональный, социальный и духовный компоненты.

Паллиативная помощь помогает неизлечимо больному ребенку жить максимально комфортно, оставаясь при этом ребенком: играть, учиться, общаться со сверстниками.

По определению Всемирной организации здравоохранения 2002 г, паллиативная помощь детям – это активная, всесторонняя забота о теле ребенка, его психике и душе, а также поддержка членов семьи.

Классификация угрожающих жизни и приводящих к преждевременной смерти состояний, при которых осуществляется паллиативная помощь детям.

Категория 1. Угрожающие жизни заболевания, при которых радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не дает результатов. При неудаче радикального лечения ребенок получает паллиативную помощь. В эту группу не входят дети, находящиеся в длительной ремиссии или после удачно проведенного радикального лечения (терминальные стадии инкурабельных заболеваний) (например: злокачественные новообразования, необратимая/злокачественная сердечная, печеночная и почечная недостаточность).

Категория 2. Состояния, при которых преждевременная смерть неизбежна, но длительное интенсивное лечение может увеличить продолжительность жизни ребенка и позволит сохранить его активность (например: кистозная гипоплазия легких/поликистоз легких).

Категория 3. Прогрессирующие инкурабельные состояния, обычно длящиеся многие годы, когда возможно проведение лишь паллиативной терапии (например: болезнь Баттена/нейронный восковидный липофусциноз/болезнь Тэя–Сакса¹; мукополисахаридоз; мышечная дистрофия).

Категория 4. Необратимые/неизлечимые, но не прогрессирующие состояния/заболевания, обуславливающие тяжелую инвалидизацию ребенка, предрасположенность к частым осложнениям и возможность преждевременной смерти (например: тяжелый церебральный паралич; множественные тяжелые инвалидизирующие последствия заболеваний и травм, например, последствия травмы головного или спинного мозга).

Эти четыре категории описывают четыре типа течения болезни, при которых потребуется предоставление паллиативной помощи (рис.). Эта классификация важна с точки зрения планирования и оценки потребностей в паллиативной помощи. Поэтому очень важно в сотрудничестве с органами здравоохранения создать всеобъемлющую базу данных детей с заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни. Однако это не значит, что все дети и молодые люди в этих четырех группах нуждаются в активной паллиативной помощи в течение всего заболевания. Некоторые из них, например дети из второй группы, могут иметь длительные периоды относительно хорошего состояния и, даже будучи в значительной степени инвалидизированы, могут обходиться без активной паллиативной помощи. Другие в той же группе могут нуждаться в активной паллиативной помощи уже на ранней стадии заболевания. Поэтому необходимость предоставления паллиативной помощи всегда должна определяться индивидуально

Несмотря на общепризнанный факт, что паллиативная помощь детям и паллиативная помощь взрослым имеют много общего, очень важно подчеркнуть их основные различия.

Уникальные особенности паллиативной помощи детям диктуют необходимость создания учреждений для детей отдельно от взрослых, что и должно приниматься во внимание при планировании службы педиатрической паллиативной помощи.

- Абсолютно различаются структуры причин детской смертности и смертности взрослого населения, что делает принципы паллиативной помощи взрослому населению неуместными для паллиативной помощи детям. Разработка стандартов педиатрической паллиативной помощи в настоящее время становится приоритетной во всем мире.
- Многие детские заболевания являются редкими, продолжительность болезни может значительно варьировать от нескольких дней до нескольких лет. Ребенок может дожить до раннего взрослого возраста, что потребует оказания ему паллиативной помощи в течение многих лет. Детям с заболеваниями, приводящими к преждевременной смерти, необходимы услуги многопрофильных и мультидисциплинарных служб в течение длительного периода времени.
- Дети постоянно развиваются физически, эмоционально и умственно, поэтому удовлетворение их медицинских и социальных потребностей, также как и психологическая поддержка в вопросе понимания болезни и смерти, являются крайне сложной задачей. Предоставление образования больным детям является очень важной задачей и их юридическим правом.
- Задачами паллиативной помощи является оказание поддержки родителям, братьям и сестрам больного ребенка, бабушкам и дедушкам. Службы более разумно создавать на дому. В семье может быть несколько больных детей, поэтому необходимо генетическое консультирование родителей. В процессе лечения детей и ухода за ними принимают активное участие педиатры.
- Доказано, что дети получают более агрессивное лечение в конце жизни по сравнению с больными взрослыми, это может потребовать подбора специфического подхода к купированию боли и других симптомов на протяжении всего периода лечения.
- Дети воспринимают смерть совсем не так, как взрослые, и это важно для разговора с детьми о смерти и умирании в зависимости от их способности воспринять эту информацию. Важной отличительной особенностью симптоматического лечения детей является сложность оценки выраженности симптомов, в частности боли, которые часто не могут выразить свои ощущения и переживания.
- Крайне высокое психологическое напряжение персонала и эмоциональное выгорание, обусловленное преждевременной смертью детей, за которыми осуществляется уход. Все эти особенности определяют тот факт, что паллиативная помощь детям развивается самостоятельно и формируется в самостоятельную медицинскую специальность, требует специальной подготовки врачей, медицинских сестер и психологов, специалистов по социальной работе и педагогов для работы с этой особой группой больных. В некоторых странах существуют сертификационные курсы по паллиативной медицине, например, в Великобритании, США и Австралии, а в программу обучения студентов-медиков входит раздел паллиативной помощи [4, 14].

Паллиативная помощь — это профессиональная деятельность, при большинстве заболеваний — это специализированная педиатрическая помощь. Поэтому специалисты, оказывающие паллиативную и хосписную помощь, должны быть специально обучены. В Великобритании, например, чтобы стать специалистом паллиативной помощи в педиатрии, врач должен учиться 2 года. Тем более что принципы и философия, лежащие в основе паллиативной помощи, не приняты еще в нашем отечестве.

Основными принципами работы специалистов паллиативной помощи являются:

- облегчение боли ребенка и других симптомов заболевания;
- эмоциональная поддержка и уважение системы ценностей, которая сложилась в семье ребенка;
- работа в тесной связке с лечащим врачом;

- способность вести открытый диалог с ребенком, родителями и лечащим врачом по вопросам коррективки паллиативной помощи, согласно их пожеланиям.

В команду специалистов, оказывающих паллиативную помощь ребенку, входят: врачи-специалисты (педиатры, неврологи, онкологи, реаниматологи, диетологи и др.), врачи паллиативной помощи;• медсестры и медбратья;• социальные работники;• фармацевты;• психологи;• священники;• физиотерапевты.

Сейчас в России паллиативная помощь оказывается в хосписах, на дому, в паллиативных отделениях и кабинетах обезболивания больниц и поликлиник, на дому – выездными патронажными бригадами.

Хоспис – это бесплатное медико-социальное учреждение, финансируемое госбюджетом и/или благотворителями, имеющее лицензию на паллиативную медицинскую деятельность и работу с медицинскими наркотическими обезболивающими. Хоспис сотрудничает с органами социального обеспечения, общественными и религиозными организациями, может привлекать к помощи добровольцев, а также благотворительные фонды и организации.

Хоспис – это:

- медицинская, социальная, психологическая, юридическая, духовная помощь пациенту и членам его семьи;
- высокий профессиональный уровень и душевные качества сотрудников;
- помощь в преодолении страха и одиночества;
- наиболее полноценное использование оставшегося у ребенка времени жизни;
- духовная поддержка человека любого вероисповедания;
- обучение родственников навыкам ухода за больным ребенком;
- психологическая поддержка членов семьи неограниченный период времени;
- круглосуточная связь с врачами и персоналом хосписа, семь дней в неделю;
- постоянное обучение персонала и добровольцев;
- помощь в стационаре и дома, силами выездных бригад;
- доступ для родственников и близких 7 дней в неделю, 24 часа в сутки;

В хосписе берегут жизнь. Здесь нет боли, грязи и унижения. Это комфортные условия и достойная жизнь до конца. На сегодняшний день в России пока еще не так много детских хосписов, но ситуация меняется к лучшему. Паллиативная помощь объявлена одним из приоритетов в работе Министерства здравоохранения, по всей стране открываются как хосписы, так и выездные патронажные службы, отделения паллиативной помощи.

Паллиативная помощь на дому – огромный шаг вперед на пути к улучшению качества жизни детей и их родителей. При оказании помощи на дому врачи, медсестры, волонтеры и соцработники приезжают к ребенку, проводят регулярные осмотры и дают консультации, специалисты обучают родственников навыкам домашнего ухода. Это позволяет находиться дома даже детям с аппаратами искусственной вентиляции легких. Регулярные осмотры детей на дому и профессиональные консультации абсолютно бесплатно проводят выездные бригады паллиативной помощи.

Команда специалистов помогает освободить ребенка от не влияющих на прогноз и не приносящих пользу активных лечебных и диагностических мероприятий, таких как пункции, анализы, инвазивные методы исследования, противоопухолевая, инфузионная терапия. Они помогают ребенку придерживаться максимально современных методов лечения и исключать болезненные и приносящие дискомфорт манипуляции (инъекций, постановки центрального катетера) в ситуациях, когда возможны более адекватные пути введения препаратов, например, подкожно или через рот.

На территории Российской Федерации понятие паллиативной помощи законодательно закреплено в статьях 32 и 36 Федерального закона Российской Федерации № 323-ФЗ [«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](#) от 21 ноября 2011 г. В 2015 году Минздрав РФ утвердил [Порядок оказания паллиативной медицинской](#)

[помощи детям](#). Это первый документ, который уточняет правовые нормы при оказании медицинской помощи неизлечимо больным детям в России.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебное пособие 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с. : ил.

3. Горбатов В.А. Общий уход за детьми / В.А. Горбатов, Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, С.В. Гарина, Е.И. Науменко. – Саранск, 2012. – 102 с.