Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**ДНЕВНИК**

**учебной практики**

Наименование практики Сестринский уход больными детьми различного возраста

Ф.И.О. Гужва Альбина Николаевна

Место прохождения практики: Фармацевтический колледж КрасГМУ

КККЦОМД

с « 04 »мая 2020 г. по « 08 » мая 2020 г.

Руководитель практики:

Ф.И.О. (его должность)

Преподаватель дисциплины: С/У за больными детьми разного возраста

Фукалова Наталья Васильевна

Красноярск

2020

**Содержание**

1. Цели и задачи практики

2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть обучающийся после прохождения практики

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (текстовой)

9. Приложения

**Цель** учебной практики «Сестринский уход за больными детьми различного возраста» состоит в приобретении первоначального практического опыта по участиюв лечебно-диагностическом процессе и последующего освоения общих и профессиональных компетенций по избранной специальности.

**Задачи:**

1. Закрепление и совершенствование приобретенных в процессе обучения профессиональных умений обучающихся по сестринскому уходу за больными детьми различного возраста.
2. Ознакомление со структурой различных отделений детскогостационара и организацией работы среднего медицинскогоперсонала;
3. Адаптация обучающихся к конкретным условиям деятельности учреждений здравоохранения.
4. Формирование навыков общения с маленькими пациентами и их родителями с учетом этики и деонтологии
5. Освоение современных методов работы в медицинских организациях практического здравоохранения
6. Обучение студентов особенностям проведения лечебно-диагностических мероприятий в педиатрической практике.
7. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с медицинским персоналом и пациентами;

**В результате учебнойпрактики обучающийся должен:**

**Приобрести практический опыт:**

* осуществления ухода за детьми при различных заболеваниях и состояниях;
* проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов детского возраста с различной патологией;

**Освоить умения:**

* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* осуществлять сестринский уход за детьми при различных заболеваниях и состояниях;
* осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях стационара;
* осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
* вести утвержденную медицинскую документацию;

**Знать:**

* причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента;
* организацию и оказание сестринской помощи детям;
* пути введения лекарственных препаратов;
* правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения

**Тематический план**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов и тем практики** | | **Всего часов** |
|
|
| 1. | Сестринский уход за новорожденными и недоношенными детьми (отделение патологии новорожденных) | | 12 |
| 2 | Сестринский уход при заболеваниях у детей раннего возраста (отделение патологии раннего возраста) | | 6 |
| 3 | Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста (гастроэндокринное, онкогематологическое, кардионефрологическое отделения) | | 18 |
|  | **Итого** | | **36** |
| **Вид промежуточной аттестации** | | Зачет | 5 (отлично) |

**График прохождения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование разделов и тем практики | Дата |
| 1. | Сестринский уход за новорожденными и недоношенными детьми (отделение патологии новорожденных) | 04.05.2020  05.05.2020 |
| 2. | Сестринский уход при заболеваниях у детей раннего возраста (отделение патологии раннего возраста) | 06.05.2020 |
| 3. | Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста (гастроэндокринное, онкогематологическое, кардионефрологическое отделения) | 06.05.2020  07.05.2020  08.05.2020 |
| 4. | Зачет по учебной практике | 08.05.2020 |

**Инструктаж по технике безопасности**

С инструкцией № 331 по охране труда для студентов фармацевтического колледжа ознакомлен.

Дата 4.05.2020г Подпись Гужва Альбина

**Содержание и объем проведенной работы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Тема | Содержание работы |
| 4.05. | Сестринский уход за новорожденными детьми | Работа в виртуальной палате новорожденных, уход за детьми, выполнение манипуляций:   * Пеленание * Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку * Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка * Обработка пуповинного остатка * Обрабтка слизистой полости рта * Проведение контрольного взвешивание |
| 4.05. | Сестринский уход за недоношенными детьми | Работа С/У за недоношенными детьми, выполнение манипуляций:   * Мытье рук, надевание и снятие перчаток * Кормление новорожденных через зонд * Работа линеоматом * Обработка кувез |
| 6.05. | Сестринский уход при заболеваниях у детей раннего возраста | Работа С/У при заболеваниях у детей раннего возраста, выполнение манипуляций:   * Подсчет пульса, дыхания * Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария * Введение капель в нос * Антропометрия * Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. * Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку |
| 6.05. | Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в гастроэндокриннологии | Работа С/У за больными детьми дошкольного и школьного возраста в гастроэндокриннологии, выполнение манипуляций:   * Измерение артериального давления * Забор кала на копрограмму, яйца глистов * Забор кала на бак исследование, скрытую кровь * Проведение очистительной и лекарственной клизмы, * введение газоотводной трубки * Проведение фракционного желудочного зондирования * Проведение фракционного дуоденального зондирования |
| 7.05 | Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в онкогематологии. | Работа С/У уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в онкогематологии, выполнение манипуляций:   * Забор крови для биохимического анализа * Подготовка к капельному введению лекарственных веществ * Внутривенное струйное введение лекарственных веществ * Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария * Подготовка материала к стерилизации * Оценка клинического анализа мочи * Анализ мочи |
| 8.05 | Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в кардионефрологии | Работа С/У за больными детьми дошкольного и школьного возраста в кардионефрологии, выполнение манипуляций:   * Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований * Постановка согревающего компресса * Разведение и введение антибиотиков * Наложение горчичников детям разного возраста * Физическое охлаждение при гипертермии. * Оценка клинического анализа мочи * Анализ мочи |
| 8.05. | Зачет по учебной практике | Подведение итогов по всей учебной практике и выполнение манипуляций:   * Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований * Постановка согревающего компресса * Разведение и введение антибиотиков * Наложение горчичников детям разного возраста * Физическое охлаждение при гипертермии. * Оценка клинического анализа мочи |

**Манипуляционный лист**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень манипуляций | Результат освоения | Роспись преподавателя |
| 1 | Сбор сведений о больном ребёнке. | освоено |  |
| 2 | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | освоено |  |
| 3 | Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента | освоено |  |
| 4 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | освоено |  |
| 5 | Кормление новорожденных из рожка и через зонд | освоено |  |
| 6 | Введение капель в глаза, нос, уши, | освоено |  |
| 7 | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | освоено |  |
| 8 | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | освоено |  |
| 9 | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | освоено |  |
| 10 | Подготовка материала к стерилизации | освоено |  |
| 11 | Работа с кувезом, линеоматом, аппаратом контроля витальных функций | освоено |  |
| 12 | Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима | освоено |  |
| 13 | Антропометрия | освоено |  |
| 14 | Проведение контрольного взвешивания | освоено |  |
| 15 | Пеленание | освоено |  |
| 16 | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | освоено |  |
| 17 | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | освоено |  |
| 18 | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | освоено |  |
| 19 | Заполнение медицинской документации | освоено |  |
| 20 | Проведение проветривания и кварцевания | освоено |  |
| 21 | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований | освоено |  |
| 22 | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | освоено |  |
| 23 | Проведение ингаляций | освоено |  |
| 24 | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | освоено |  |
| 25 | Применение мази, присыпки, постановка компресса. | освоено |  |
| 26 | Разведение и введение антибиотиков | освоено |  |
| 27 | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. | освоено |  |
| 28 | Забор крови для биохимического и гормонального исследования | освоено |  |
| 29 | Промывание желудка | освоено |  |
| 30 | Подача кислорода через маску и носовой катетер | освоено |  |
| 31 | Обработка слизистой полости рта при стоматите | освоено |  |
| 32 | Наложение горчичников детям разного возраста | освоено |  |
| 33 | Проведение фракционного желудочного зондирования | освоено |  |
| 34 | Проведение фракционного дуоденального зондирования | освоено |  |
| 35 | Физическое охлаждение при гипертермии. | освоено |  |
| 36 | Оценка клинических анализов крови и мочи | освоено |  |

**Текстовой отчет**

Самооценка по результатам учебной практики

**При прохождении учебной практики мною самостоятельно были проведены:** Сбор сведений о больном ребёнке. Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления. Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента. Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария. Кормление новорожденных из рожка и через зонд. Введение капель в глаза, нос, уши. Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку. Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария. Подготовка материала к стерилизации. Работа с кувезом, линеоматом, аппаратом контроля витальных функций. Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима. Антропометрия. Проведение контрольного взвешивания. Пеленание. Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку. Мытье рук, надевание и снятие перчаток. Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. Заполнение медицинской документации. Проведение проветривания и кварцевания. Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований. Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь. Проведение ингаляций. Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки. Применение мази, присыпки, постановка компресса. Разведение и введение антибиотиков. Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. Забор крови для биохимического и гормонального исследования. Промывание желудка. Подача кислорода через маску и носовой катетер. Обработка слизистой полости рта при стоматите. Наложение горчичников детям разного возраста. Проведение фракционного желудочного зондирования. Проведение фракционного дуоденального зондирования. Физическое охлаждение при гипертермии. Оценка клинических анализов крови и мочи. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сан-просвет работы с указанием количества человек курация, беседы с детьми, родителями

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я хорошо овладел(ла) умениями:**  Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария. Подготовка материала к стерилизации. Работа с кувезом, линеоматом, аппаратом контроля витальных функций. Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима. Антропометрия. Проведение контрольного взвешивания. Пеленание. Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку. Мытье рук, надевание и снятие перчаток. Применение мази, присыпки, постановка компресса. Разведение и введение антибиотиков. Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. Забор крови для биохимического и гормонального исследования. Промывание желудка. Подача кислорода через маску и носовой катетер. Обработка слизистой полости рта при стоматите. Наложение горчичников детям разного возраста.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Особенно понравилось при прохождении практики:**  Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления. Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента. Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария. Кормление новорожденных из рожка и через зонд. Введение капель в глаза, нос, уши. Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку. Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария. Подготовка материала к стерилизации. Работа с кувезом, линеоматом, аппаратом контроля витальных функций. Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима. Антропометрия. Проведение контрольного взвешивания. Пеленание. Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку. Мытье рук, надевание и снятие перчаток. Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. Заполнение медицинской документации.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Недостаточно освоены**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Замечания и предложения по прохождению практики**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Гужва А.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись (расшифровка)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 04.052020 | *8:00-17:05*  **Тема 1 «Сестринский уход за новорожденными детьми» Занятие 1**  Вы работаете в палате интенсивной терапии недоношенных, где находятся на лечении 4 ребенка, из которых:   1. Ребенок родился на сроке гестации 38 недель с массой 3100, возраст 10 суток, пупочная ранка под корочкой Диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного, желтушная форма. Получает молочную смесь каждый час 7 раз в сутки, фототерапию по 12 часов в сутки. 2. Ребенок родился на сроке гестации 41 недели неделя с массой 4200, возраст 5 суток, пуповина под скобкой. Диагноз: Кефалогематома. Состояние после пункции. Получает сцеженное материнское молоко 7 раз в сутки. 3. Ребенок родился на сроке гестации 39 недели неделя с массой 2400, возраст 14 суток, пуповина под скобкой. Диагноз: ЗВУР Внутриутробная хроническая гипоксия. Получает молоко матери или молочную смесь через каждые 3 часа. Второй день приложен к груди матери 3 раза через кормление. Но сосет вяло, на слизистой языка творожистый налет, молока недостаточно, получает докорм. 4. Ребенок родился на сроке гестации 40 недели, неделя с массой 3750, возраст 4 суток, пуповина под скобкой. Диагноз: Постгипоксическая перинатальная энцефалопатия средней степени тяжести. Получает оксигенотерапию через маску, сцеженное материнское молоко 7 раз в сутки  * Составьте план мероприятий по уходу за каждым ребенком   ОТВЕТ:  **1.** Гемолитическая болезнь новорожденного (ГБН) - заболевание, в основе которого лежит разрушение эритроцитов вследствие иммунологического конфликта крови матери и плода. ЭТИОЛОГИЯ. Резус-конфликт возникает при беременности резус-отрицательной женщины резус-положительным плодом. АВО иммуноконфликт наблюдается при О (1) группе крови у матери и А или В у плода. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА. Различают три формы гемолитической болезни новорожденных: отечную, желтушную, анемическую. **Отечная (2% случаев) наиболее тяжелая** и характеризуется общим отеком при рождении, накоплением жидкости в полостях (плевральной, сердечной сумке, брюшной полости), резкой бледностью с желтизной, увеличением печени, селезенки. В анализах крови резкая анемия (малокровие). Сочетание резкой анемии и низкого уровня белка в крови ребенка способствует развитию сердечной недостаточности, которая может привести к летальному исходу (внутриутробно или сразу после рождения). **Желтушная форма** - самая частая клиническая форма (88% случаев). Ребенок обычно рождается в срок, с нормальной массой тела, без видимых изменений цвета кожи. Уже на 1-2-е сутки жизни появляется желтуха, которая быстро нарастает. Происходит увеличение печени и селезенки. Дети вялые, адинамичные, плохо сосут. Рефлексы снижены. Выражена анемия (уровень гемоглобина ниже 160 г/л), резко увеличивается содержание непрямого билирубина в крови (300 мкмоль/л и более, при норме 10-51 мкмоль/л). Моча темная, кал обычной окраски. Билирубиновая интоксикация характеризуется вялостью, срыгиваниями, рвотой, патологическим зеванием, снижением мышечного тонуса. Так как непрямой билирубин является нейротоксичным ядом, легко проникающим через гематоэнцефалический барьер, могут появиться признаки билирубиновой интоксикации мозга - ядерной желтухи Анемическая форма - наиболее доброкачественная, (10% случаев) и проявляется бледностью, плохим аппетитом, вялостью, увеличением печени и селезенки, анемией, умеренным повышением билирубина. ЛЕЧЕНИЕ гемолитической болезни новорожденных комплексное и направлено, прежде всего, на быстрейшее удаление из организма новорожденного токсических продуктов распада эритроцитов (гемолиза), билирубина и антител, чтобы не продолжался процесс гемолиза после рождения. Внутривенно вводятся дезинтоксикационные растворы, витамины, глюкоза. Назначают фенобарбитал, который способствует связыванию и выведению билирубина, энтеросорбенты (карболен, холестирамин). Проводят фототерапию лампами синего или голубого цвета. **Ребенку необходимо обильное питье, введение витаминов группы В. Медсестра так же обязана:** В первые трое суток противопоказано материнское молоко, кормить – адаптированной смесью. С 3 – 7-х суток в зависимости от состояния ребенка можно приложить к груди.  Покой, оксигенотерапия  Обязательно нужно обеспечить ребенку обильное питье, лучше 10% карболен.  Уход за кожей и слизистыми.  Контроль за опорожнением кишечника. Стул у ребенка должен быть не реже 1-2 раз в сутки.  Контроль за диурезом, лучше соотнести количество выпитой и выделенной жидкости. Мониторинг состояния (поведение, поза, цвет кожи, пульс, дыхание, давление, температура)  При неэффективности дезинтоксикационной терапии и при очень быстром нарастании содержания билирубина в крови, при выраженном снижении уровня гемоглобина решают вопрос о проведении заменного переливания крови. Операцию ЗПК проводят в операционной, в условиях строгой асептики через вену пуповины, используя резус-отрицательную кровь той же группы, что и кровь ребенка (врачебная процедура. Медсестра ассистирует/помогает ). Профилактика. Включает определение у всех беременных группы крови и резус-фактора. Женщин с резус-отрицательной кровью ставят на учет в женской консультации. При этом выясняют, не производилось ли им ранее переливание крови, не рождались ли дети с данным заболеванием, выявляют случаи мертворождения и аборты. Если при первой беременности сделан аборт или же произошел самопроизвольный выкидыш, не позднее двух-трех суток необходимо сделать инъекцию антирезусного иммуноглобулина.  **2.** Кефалогематома (син. Поднадкостничная гематома ) — это скопление крови между костью и отслоенной надкостницей. Кефалогематома является наиболее частой родовой травмой волосистой части головы и диагностируется у 0,2-0,3% новорожденных.  Кровь в кефалогематоме накапливается не вся сразу в первый же день, а постепенно, так как у новорожденного имеется временный дефицит факторов свертывания крови в первые дни после рождения и кровь не сворачивается сразу. Поэтому опухоль, появившись во время рождения или вскоре после него, продолжает увеличиваться в течение первых 2-3 дней жизни ребенка. Объем кефалогематомы колеблется от 5 до 150 мл крови. Внешне кефалогематоми проявляются в виде локального выпячивания  преимущественно в теменной области с четкими границами по краю кости. Реже при переломе нескольких костей, возможно расположение кефалогематоми над несколькими костями черепа. Поднадкостничная гематома является маркером перенесенного механического воздействия во время родов и в зависимости от общего состояния новорожденного может потребовать дообследования с целью исключения внутричерепных  повреждений. Исчезает через 3 — 8 недель.  Лечение обычно не требуется: при нагноении — хирургическое лечение, антибиотики. ДИАГНОСТИКА: - краниограмму (рентгенограмму костей черепа) для исключения костных повреждений в прямой и боковой проекциях; - нейросонографию (определяет очаги повреждения в головном мозге); - УЗИ кефалогематомы (позволяет определить точные размеры, исключает мозговую грыжу); - компьютерную томографию (используется при подозрении на повреждение тканей головного мозга). Дополнительно применяется УЗИ кефалогематомы, которое позволяет определить ее размеры, наличие или отсутствие перелома черепной кости или мозговой грыжи. Возможно использовать рентгенологическое исследование при подозрении на перелом. ЛЕЧЕНИЕ: В лечении кефалогематомы участвует неонатолог и детский хирург (по показаниям). При небольших размерах кровоизлияния ребенку назначают препараты кальция (глюконат кальция) и витамин К на 3 – 5 дней с целью остановки кровотечения и стимуляции выработки свертывающих факторов. Кефалогематому с размерами 8 и более см необходимо пунктировать (пункцией занимается детский хирург) и аспирировать жидкую кровь. Затем накладывается давящая повязка. Мамам необходимо помнить, что ребенка с кефалогематомой нельзя укачивать. В случае нагноения гематомы (повышение температуры, воспаление кожи над кровоизлиянием) следует ее вскрыть, удалить гной и сгустки крови. После чего рану дренируют, назначают повязки с антисептиками и антибиотики. Лечение в стационаре неосложненной кефалогематомы продолжается 7 – 10 дней, а осложненной - месяц и более. В дальнейшем ребенок в течение года находится на учете у детского хирурга и невропатолога. Если причиной кефалогематомы является заболевание крови со снижением свертывания, то, в первую очередь, необходимо начать лечение основной болезни.  **3.** Под задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) понимают недостаточную массу тела при рождении по отношению к внутриутробному возрасту, а также отставание зрелости детей на 2 и более недель от нормы.  Среди детей с малой массой при рождении выделяют 3 группы: недоношенные с массой тела соответственно их внутриутробному возрасту; недоношенные с меньшей массой тела соответственно внутриутробному возрасту; доношенные (родившиеся позже 37 недель) или переношенные с внутриутробным возрастом 42 недели и более, имеющие массу тела меньше нормы. Для 1-й группы скорость внутриутробного развития нормальная, в остальных группах замедленная, т. е. имеется задержка внутриутробного развития.  Ведущими механизмами задержки развития плода являются патология плаценты, нарушения гормональных и обменных взаимоотношений в системе мать – плацента – плод.  Если фактор, замедляющий темп внутриутробного развития, действует в последние 2–3 месяца беременности, то возникает гипотрофический вариант ЗВУР, частыми причинами которого являются тяжелый токсикоз 2-й половины беременности, синдром недостаточности плаценты.  Неблагоприятные условия для плода в I–II триместрах беременности вызывают гипопластический вариант, который часто бывает при многоводии, семейной маловесности при рождении, проживании в высокогорье.  **Диспластический вариант** ЗВУР сопровождается извращением развития плода – формированием пороко в развития, нарушением пропорции тела, телосложения и бывает у детей с хромосомными и геномными мутациями, внутриутробными инфекциями. **Гипопластический вариант**. Дети относительно пропорционально сложены, однако наблюдается уменьшение всех параметров физического развития. В раннем периоде новорожденности наблюдается склонность к быстрому охлаждению, дыхательным расстройствам, присоединению инфекции. Степень тяжести этого варианта ЗВУР определяют по дефициту длины тела и окружности головы по отношению к сроку беременности. **Диспластический вариант**. Клиническая картина этого варианта зависит от его причины, но в большинстве случаев типичны тяжелые неврологические расстройства, обменные нарушения, анемия, а также присоединение инфекционных осложнений. ЛЕЧЕНИЕ: **Контроль за состоянием ребенка (ЧСС, ЧДД, температура тела, сознание, стул, масса тела), оксигенотерапия, влажная уборка помещения, проветривания в палате(доступ кислорода), возвышенное положение ребенку(Легче дышать).** Обследованиедетей с задержкой внутриутробного развития должно быть направлено на выявление заболеваний и причин, способствовавших ее возникновению, и включать клинические анализы крови, мочи, кала, определение кислотно-щелочного баланса, билирубина, сахара, кальция, магния, а также скрининг на наиболее распространенные наследственные аномалии (заболевания) обмена веществ, нейросонографию, осмотры окулиста, невропатолога, эндокринолога, генетика.  Весь комплекс лечебных мероприятий должен проводиться с учетом степени выраженности дефицита массы тела и тяжести поражения нервной системы на фоне правильно организованного вскармливания и ухода за новорожденным.  Терапия ЗВУР включает в себя 3 основных звена: организацию рационального режима и вскармливания; применение успокаивающих и стимулирующих средств, витаминов; кроме того, она должна быть строго индивидуальной. Всем детям с данной патологией сразу после рождения назначают витамин К и бифидумбактерин. Новорожденных с гипопластическим, диспластическим вариантами гипотрофии, особенно при осложненных родах, из роддома направляют в отделение патологии новорожденных, где проводят терапию, улучшающую обменные процессы в головном мозге (введение витаминов В1, В6, В12, церебролизина, ноотропных средств), коррекцию других нарушений. Прогноз зависит от варианта и степени тяжести ЗВУР.  При гипотрофическом и гипопластическом вариантах гипотрофии I степени дети, не имевшие тяжелых осложнений в родах и периоде новорожденности, догоняют здоровых сверстников по физическому развитию к первому полугодию жизни. Психомоторное развитие может отставать. При II степени тяжести ЗВУР дети часто догоняют сверстников к 1-му году жизни, но у части детей отмечаются отставание в психомоторном развитии, повышенная инфекционная заболеваемость на 1-м году жизни. Часто развиваются железодефицитная анемия, рахит, а в дальнейшем наблюдаются признаки легкой мозговой дисфункции (невропатические расстройства, невротические реакции и др.). У детей с III степенью ЗВУР, особенно с диспластическим вариантом гипотрофии, прогноз относительно неблагоприятный. Наблюдается отставание психического и физического развития до 2–4 лет и более. У 10–15 % детей имеются грубые повреждения ЦНС (детский церебральный паралич), прогрессирующая гидроцефалия, олигофрения, эпилепсия. Характерна высокая инфекционная заболеваемость уже в периоде новорожденности, у 30 % детей развивается сепсис. При адекватной терапии и соответствующем уходе (при наличии обратимых изменений со стороны ЦНС) возможен благоприятный исход для жизни и полноценного физического и психического развития ребенка в будущем.  **4.** Постгипоксическая перинатальная энцефалопатия  Легкая степень (Апгар 6-7 баллов) – в 97-100% случаев полное восстановление без последствий и без медикаментозного лечения. Средняя степень (Апгар 4-5 баллов) – в 20-35% случаев приводит к неврологическим нарушениям. Тяжелая степень (Апгар 0-3 балла) – крайне высокий риск стойкой неврологической патологии  **Этиология гипоксии**   |  |  | | --- | --- | | **Периферическая** | **Центральная** | | 1. Респираторный | 1. Пониженное давление | | дистресс-синдром | у матери | | 2. Аспирация околоплодных | 2. Анемия матери | | вод |  | | 3. Пневмоторакс | 3. Артериальная гипертензия | | (с родовой травмой) |  | | 4. Бронхолегочная | 4. Плацентарная | | дисплазия | недостаточность | | 5. Врожденные аномалии (синдром Пьера - Робена) | 5. Пороки развития мозга |   ЛЕЧЕНИЕ:   |  |  | | --- | --- | | **Возможные проблемы ребенка** | **Мероприятия ухода** | | Нарушение питания вследствие интоксикации | Кормление сцеженным молоком через зонд малыми порциями | | Нарушение процессов терморегуляции | Поддержание микроклимата в кувезе | | Неадекватное дыхание | Контроль состояния, санация дыхательных путей, оксигенотерапия | | Нарушение жизненно важных функций | Контроль ЧДД, ЧСС, АД, кожи, слизистых, диуреза, стула | | Нарушение двигательной активности | Перемена позы ребенка каждые 3 часа | | Нарушение сна | Охранительный режим |   **Диагностика:**  **Нейросонография** - двухмерное ультразвуковое исследование анатомических структур мозга через большой родничок - позволяет установить перивентрикулярное кровоизлияние, очаги лейкомаляции, расширение желудочковой системы – вентрикуломегалию. **Электроэнцефалографическое** (ЭЭГ) исследование выявляет очаги медленноволновой активности, очаги редукции корковой ритмики, очаги эпилептической активности. Большое значение ЭЭГ-исследование имеет для выделения группы риска по судорожному синдрому и диагностики клинически "немых" приступов.  Составьте чек листы следующих манипуляций:   * Кормление новорожденных из рожка  Цель:   - обеспечить ребенку полноценное питание.  Оснащение:  - косынка;  - марлевая повязка;  - мерная бутылочка (рожок);  - стерильная соска;  - необходимое количество молочной смеси на одно кормление  (или другой пищи температурой 36-37град.);  - толстая игла для прокалывания соска;   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Этапы | | Обоснование | | **Подготовка к процедуре** | | | | Объяснить маме (родственникам) цель и ход  выполнения процедуры. | Обеспечение правильного, ежедневного  кормления ребенка. | | | Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. | | | Вымыть и высушить руки, надеть косынку,  подготовить ребенка к кормлению. | Обеспечение инфекционной безопасности. | | | Залить в рожок необходимое количество  свежеприготовленной смеси (молока). | Профилактика инфекционных заболеваний  ЖКТ. | | | Если соска новая, проколоть в ней отверстие  раскаленной иглой. | При наличии большого отверстия в соске увеличивается вероятность попадания в  желудок во время кормления большого  количества воздуха, при узком отверстии  малыш будет быстро уставать. | | | Надеть соску на бутылочку, проверить скорость  истекания смеси и её температуру, капнув на  тыльную поверхность своего предплечья. | Жидкость из рожка должна вытекать каплями.  Теплый раствор не вызывает спазма гладкой мускулатуры желудка, хорошо всасывается,  не вызывает ожогов. | | | **Выполнение процедуры** | | | | Расположить ребенка на руках, с возвышенным  головным концом. | | Профилактика аспирации | | Покормить малыша, следя за тем, чтобы во время  кормления горлышко бутылки было постоянно и  полностью заполнено смесью. | | Предупреждение заглатывания воздуха  (аэрофагии) | | **Завершение процедуры** | | | | Подержать ребенка в вертикальном положении  2-5мин | | Удаление воздуха попавшего в желудок в  процессе кормления. | | Положить ребенка в кроватку на бок ( или повернуть  голову на бок). | | Профилактика аспирации при возможном  срыгивании. | | Снять с бутылочки соску, промыть соску и рожок  под проточной водой, а затем замочить в 2%  растворе соды на 15-20минут, прокипятить в  дистиллированной воде 30мин или стерилизовать  в сухожаровом шкафу при t-180град 60 минут. Слить  из бутылочки воду и хранить её в закрытой емкости. | | Обеспечение инфекционной безопасности. |   - емкости с 2%раствором соды для обработки сосков и бутылочек.   * Пеленание   Цель:  - создание ребенку максимального комфорта.  Оснащение:  - фланелевая и тонкая пеленка;  - подгузник или памперс;  - пеленальный стол, резиновые перчатки;  - емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.  Обязательные условия:  - использовать метод свободного пеленания ( оставляется небольшое пространство в пеленках для  свободного движения ребенка); - шапочку надевать при температуре в комнате 220С;  - правильная фиксация пеленок (замочек расположен спереди).   |  |  | | --- | --- | | Этапы | Обоснование | | **Подготовка к процедуре** | | | Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. | | Отрегулировать t воды в кране, проверить её  запястьем. | Предупреждение ожогов ребенка. | | вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором. | Обеспечение инфекционной безопасности. | | Уложить на пеленальном столике пеленки послойно  (снизу вверх: фланелевая пеленка, тонкая пеленка, подгузник или памперс). | Достижение четкости проведения пеленания. | | Распеленать ребенка в кроватке (при необходимости подмыть и осушить пеленкой), положить на  пеленальный столик. | Обеспечение проведения процедуры. | | **Выполнение процедуры** | | | Надеть подгузник, для этого:  а) уложить ребенка на пеленки так, чтобы широкое основание подгузника приходилось на область  поясницы;  б) провести нижний угол подгузника между ножками малыша;  в) обернуть боковые концы подгузника вокруг тела.  *Примечание:* подгузник можно заменить памперсом. | Предупреждение загрязнения значительных  участков тела. | | Завернуть ребенка в тонкую пеленку:  а) расположить ребенка на тонкой пеленке так, чтобы верхний её край был на уровне шеи;  б) одним краем пеленки накрыть плечо ребенка и  провести пеленку под другую ручку и между ножек;  в) другим краем накрыть и зафиксировать второе  плечо;  г) подвернуть нижний край пеленки так, чтобы  оставалось свободное пространство для движения  ножек ребенка;  д) зафиксировать пеленку на уровне середины плеч  (выше локтевых суставов), «замочек» расположить  спереди. | Реализация использования метода пеленания.  Профилактика потертости.  Реализация метода свободного  пеленания.  Фиксация ручек ребенка и  обеспечение комфортных условий. | | Запеленать ребенка в теплую пеленку с ручками:  а) расположить ребенка на фланелевой пеленке так,  чтобы её верхний край располагался на уровне  козелка;  б) одним краем пеленки накрыть и зафиксировать  одно плечо, завести его под спину;  в) другим краем пеленки накрыть и зафиксировать  второе плечо;  г) нижний край пленки завернуть как тонкую. | Предупреждение переохлаждения  ребенка.  Предупреждение образования  «декольте» при пеленании. | | **Завершение процедуры** | | | Уложить ребенка в кроватку. | Обеспечить безопасность ребенка. | | Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки,  вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |  * Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку   Показания:  - соблюдение гигиены тела;  - обеспечение универсальной потребности ребенка «быть чистым»;  - формирование навыков чистоплотности.  Оснащение:  - стерильные ватные шарики и жгутики;  - стерильное растительное масло;  - раствор фурациллина 1:5000;  - шпатель, пинцет;  - 2% таниновая мазь;  - лоток для стерильного материала;  - лоток для обработанного материала;  - чистый набор для пеленания или одежда, расположенная на пеленальном столике;  - дезинфицирующий раствор, ветошь;  - мешок для грязного белья;  - резиновые перчатки и фартук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Этапы | Обоснование | | | Объяснить маме (родственникам) цель и ход  выполнения процедуры. | Обеспечение правильного, ежедневного  ухода за ребенком. | | | Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкого выполнения процедуры. | | | Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором и постелить на него пеленку. | Обеспечение инфекционной безопасности. | | | Раздеть ребенка (при необходимости подмыть) и  положить на пеленальный столик. Сбросить  использованную одежду в мешок для грязного белья. | Подготовка к процедуре.  Предупреждение загрязнения окружающей  среды. | | | **Выполнение процедуры** | | | | Обработать ребенка ватными шариками, смоченными  в растворе фурациллина от наружного угла глаза  к внутреннему ( для каждого глаза использовать  отдельный тампон). | | Предупреждение переноса инфекции с одного глаза на другой. | | Умыть ребенка тампоном, смоченным раствором фурациллина в следующей последовательности: лоб,  щеки, кожа вокруг рта. | | Предупреждение раздражения кожи и распространения инфекции. | | Почистить носовые ходы тугими ватными жгутиками, смоченными в растительном масле, вводя в каждый  носовой ход отдельный жгутик вращательными  движениями. | | Обеспечение свободного носового дыхания.  Размягчение корочек с помощью  растительного масла и более легкое их  удаление. | | При необходимости уши ребенка прочистить сухими ватными жгутиками (для каждого ушка отдельный  жгутик). | | Обеспечение чистоты слуховых ходов. | | Открыть рот ребенка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую рта. | | Исключение развития молочницы и других  патологических изменений. | | Обработать естественные складки кожи ватными тампонами, смоченными в стерильном масле, меняя  их по мере необходимости. Обработку проводить в следующей последовательности: за ушами – шейные – подмышечные -локтевые - лучезапястные и  ладонные – подколенные -голеностопные – паховые - ягодичные.  *Примечание:* минимальный расход шариков - два: на верхнюю и нижнюю половину туловища. | | Предупреждение развития  опрелостей.  Паховые и ягодичные складки максимально загрязнены, поэтому обрабатываются в  последнюю очередь. |  * Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка   Показания: «открытая» пупочная ранка.  Оснащение:  - стерильные ватные шарики;  - лоток для обработанного материала;  - 3%р-р перекиси водорода;  - 70%этиловый спирт;  - 5%р-р перманганата калия (в условиях стационара);  - 1%р-р бриллиантовой зеленки (в домашних условиях);  - стерильная пипетка;  - набор для пеленания, приготовленный на пеленальном столике;  - резиновые перчатки;  - емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.  Обязательные условия:  -при обработке пупочной ранки обязательно растягивать её края ( даже при образовавшейся корочке).   |  |  | | --- | --- | | Этапы | Обоснование | | **Подготовка к процедуре** | | | Объяснить маме ( родственникам) цель и ход  выполнения процедуры. | Обеспечение правильного ежедневного ухода за  ребенком. | | Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. | | Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  Обработать пеленальный столик дезинфицирующим  раствором и постелить на него пеленку. | Обеспечение инфекционной безопасности | | Уложить ребенка на пеленальном столе. | Наиболее удобное положение ребенка. | | **Выполнение процедуры** | | | Хорошо растянуть края пупочной ранки  указательным и большим пальцами левой руки. | Обеспечение максимального доступа к пупочной  ранке. | | Капнуть из пипетки в ранку 1-2 капли 3% раствора  перекиси водорода, удалить образовавшуюся в ранке  «пену» и корочку стерильной ватной палочкой  (сбросить палочку в лоток). | Достижение механического очищения пупочной  ранки. | | Сохраняя растянутыми края пупочной ранки,  обработать её стерильной ватной палочкой,  смоченной 70% этиловым спиртом, движением  изнутри к наружи (сбросить палочку в лоток).  Обработать кожу вокруг ранки этиловым спиртом с  помощью ватной палочки движениями от центра к  периферии (сбросить палочку в лоток). | Обеспечение дезинфицирующего и  подсушивающего эффекта. Обработка движениями изнутри к наружи или от центра к периферии предупреждает занос инфекции в пупочную ранку. | | Обработать (по необходимости) пупочную ранку  (не затрагивая вокруг ранки) 5%раствором  перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантовой зелени с помощью ватной палочки  (сбросить палочку в лоток). | Обеспечение дезинфицирующего и  подсушивающего эффекта  «крепкий» раствор перманганата калия может  вызвать ожог кожи. | | **Завершение процедуры** | | | Запеленать ребенка и положить в кроватку. | Обеспечение безопасности ребенка. | | Убрать пеленку с пеленального стола и поместить её в мешок для грязного белья. Использованные палочки замочить в дез. растворе. Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки, вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |  * Обработка пуповинного остатка  **1. Приготовить:** - перекись водорода 3%; - раствор бриллиантового зеленого спиртовой 1%(зеленка); - пипетка; - ватные палочки 2. Вымыть руки и просушить их. 3. Смочить ватную палочку3% раствором перекиси водорода. 4. Обраборать пупочный остаток   5. Просушить сухой ватной палочкой.  6. Заполнить пипетку бриллиантовым зеленым(зеленкой)  7.Капнуть каплю под скобу.  8. После того как отпал пуповинный остаток (как правило это происходит до 2-3 недель жизни), у ребенка появляется пупочная ранка. Для обработки, которой понадобится тотже набор (Пункт 1.).  9. Смочить ватную палочку 3% раствором перекиси водорода и обработать пупочную ранку.  10. Просушить ранку сухой ватной палочкой.  12. Капнуть каплю брилиантового зеленого в пупочную ранку.  **Обработка пуповинного остатка и пупочной ранки производится каждый день после купания.**   * Обработка слизистой полости рта   Цель:  - воздействие на возбудителя;  - рассасывание воспалительного процесса.  Показания:  - стоматиты;  - молочница.  Оснащение:  - перчатки;  - резиновый баллон;  - стерильные марлевые салфетки, ватные шарики, палочки;  - лекарственные препараты (раствор перманганата калия, раствор фурациллина, раствор соды 2%, отвар ромашки, шалфея и др.);  - почкообразный лоток;  - шпатель;  - мензурка;  - клеенчатый фартук, пеленка.   |  |  | | --- | --- | | **Подготовка к процедуре** | | | Объяснить матери и ребенку ход и цель процедуры.  Подготовить необходимое оснащение. Налить лекарственный раствор в мензурку.  Накрыть грудь ребенка пеленкой или фартуком.  Вымыть руки, надеть перчатки. | Формирование мотивации к сотрудничеству. Обеспечение четкости выполнения процедуры.  Защита одежды от загрязнения и промокания.  Инфекционная безопасность. | | **Выполнение процедуры** | | | Подставить почкообразный лоток к сидящему ребенку.  Примечание: ребенку младшего возраста можно проводить процедуру в положении на боку, предварительно запеленав его с руками.  Набрать раствор в резиновый баллон и оросить лекарственным средством слизистую оболочку ротовой полости, протереть кожу вокруг ватным шариком.  Примечание: ребенку грудного возраста обработку слизистой рта можно проводить стерильной марлевой салфеткой, смоченной в растворе и намотанной на указательный палец медсестры.  При наличии язвочек и афт провести обработку элементов ватной палочкой с лекарственным веществом, открыв рот с помощью шпателя (при этом помощник удерживает голову и руки ребенка.). | Для защиты одежды и сбора отработанного материала.  Обеспечение воздействия лекарственного вещества на пораженную слизистую.  С лечебной целью. | | **Завершение процедуры** | | | Передать ребенка маме.  Убрать использованный материал в дезраствор.  Снять перчатки, вымыть руки. | Для инфекционной безопасности. |  * Проведение контрольного взвешивания   Цель:  - определить среднее количество молока, получаемого ребенком при кормлении грудью.  Оснащение:  - набор для пеленания с памперсом;  - набор для подготовки матери к кормлению;  - чашечные весы;  - дезинфицирующий раствор, ветошь, бумага, ручка.  Обязательное условие:  - в течение суток необходимо провести минимум 3 контрольных кормления (утром, днем и вечером),  так как в различное время суток у матери разное количество молока.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Этапы | | Обоснование | | | **Подготовка к процедуре** | | | | | Объяснить маме (родственникам) цель и ход  выполнения процедуры. | | Обеспечение права матери на информацию. | | | Подготовить необходимое оснащение. | | Обеспечение четкости выполнения  процедуры. | | | Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. | | Обеспечение инфекционной безопасности. | | | Надеть на ребенка памперс и запеленать. | | При использовании памперса исключаются погрешности в полученных данных. | | | Подготовить мать к кормлению. | | Исключение инфицирования ребенка во  время кормления, создание комфортных  условий для проведения кормления. | | | Обработать весы дезинфицирующим раствором и подготовить их к работе. | | Ребенка необходимо обложить с трех сторон. | | | **Выполнение процедуры** | | | | | Взвесить ребенка и зафиксировать полученную  массу. | Регистрация исходного веса ребенка. | | | Передать ребенка матери для кормления грудью в  течение 20минут. | Достаточное время для всасывания ребенком  необходимой дозы молока и удовлетворения сосательного рефлекса. | | | Повторно взвесить ребенка ( не меняя пеленок в  случае мочеиспускания и дефекации) и  зафиксировать результат. Определить разницу  полученных данных ( при взвешивании ребенка до и  после кормления). | Определение количества высосанного  ребенком молока. | | | **Завершение процедуры** | | | | | Передать ребенка маме или положить в кроватку. | | Обеспечение безопасности ребенка. | | | Протереть весы дезинфицирующим раствором,  снять перчатки. Вымыть и осушить руки. | | Обеспечение инфекционной безопасности. | | | Рассчитать необходимое ребенку количество молока  на одно кормление( объемный или калорийный  метод). | | Необходимое кол-во молока зависит от  возраста и массы тела ребенка. | | | Оценить соответствие фактически высосанного  молока ребенком долженствующему количеству. | | Оценивается степень процесса лактации у  матери. Решается вопрос о дальнейшем  виде вскармливания малыша. | |   ТЕСТ   1. Частота пульса у ребенка 1 года составляет в 1 мин.   а) 140-160 **б) 110- 120** в) 90-100 г) 70- 80   1. Формула для определения количества молочных зубов   а) n+1  б) n+2  в) n+4  **г) n-4**   1. У детей пульс считают на протяжении:   а)15 сек  б)30 сек  **в)полной минуты**  г)двух минут   1. Частота дыхания у здорового ребенка грудного возраста составляет в 1 минуту:   а)20-25  б)25-30  **в)30-35**  г)35-40   1. Суточный объем молока для детей первых 10 мес. Жизни не должен превышать (л) а) 0,5 **б) 1,0** в) 1,5 г) 2,0 2. При осмотре кожи ребенка оценивается   а) влажность  б) температура  **в) цвет**  г) эластичность   1. Ребенок начинает удерживать голову в возрасте (мес.)   **а) 1-2**  б) 3-4  в) 5-6  г) 7-8   1. Ребенок самостоятельно сидит в возрасте (мес.)   а) 2-4  б) 4-5  **в) 6-7**  г) 8-9   1. Форма большого родничка у новорожденного   а) овальная  б) округлая  в) треугольная  **г) ромбовидная**   1. Большой родничок у новорожденного располагается между костями черепа   **а) лобной и теменными**  б) теменными  в) затылочной и теменными  г) височной и теменной   1. Первые молочные зубы появляются у детей в возрасте (мес.)   а) 2–3  б) 4–5  **в) 6–7**  г) 8–9   1. У новорожденного отмечается физиологическая   а) гипертония мышц-разгибателей  **б) гипертония мышц-сгибателей**  в) гипотония мышц-сгибателей  г) нормотония мышц   1. Большой родничок у ребенка закрывается в возрасте (мес.)   а) 4–7  б) 8–11  **в) 12–15**  г) 15–17   1. Грудной кифоз возникает у ребенка в возрасте (мес.)   а) 3  **б) 6**  в) 9  г) 12   1. Формула 100 + n (n - число месяцев) применяется у ребенка старше 1 года для расчета   **а) систолического АД**  б) диастолического АД  в) пульсового давления  г) дефицита пульса   1. Формула 76 + 2n (n — число месяцев) применяется у грудного ребенка для расчета   **а) систолического АД**  б) диастолического АД  в) пульсового давления  г) частоты дыхательных движений   1. Диастолическое давление у детей составляет от систолического   **а) 1/2 + 10**  б) 1/2 + 20  в) 1/4 + 10  г) 1/4 + 20   1. Формула для определения количества молочных зубов у ребенка в возрасте 6–24 мес. (n – число месяцев)   а) n - 1  б) n - 2  в) n - 3  **г) n - 4**   1. Смена молочных зубов на постоянные начинается у ребенка в возрасте (лет)   а) 2–5  **б) 5–7**  в) 7–10  г) 10–13   1. Частое развитие токсикоза у детей при различных заболеваниях обусловлено   **а) слабой детоксицирующей функцией печени**  б) слабой секреторной функцией желудка  в) высокой детоксицирующей функцией печени  г) высокой секреторной функцией желудка   1. Емкость мочевого пузыря новорожденнного (в мл)   **а) 50**  б) 100  в) 150  г) 200   1. Формула определения суточного диуреза у детей 1–10 лет. (n – число лет)   а) 600 мл - 100 (n - 1)  **б) 600 мл + 100 (n - 1)**  в) 400 мл - 100 (n - 1)  г) 400 мл + 100 (n - 1)   1. Содержание гемоглобина у новорожденного в норме составляет (в г/л)   а) 100–120  б) 120–140  в) 140–170  **г) 170–240**   1. Количество эритроцитов в крови у новорожденного в норме составляет (в 1 л)   а) 2,5–3,5´109  б) 2,5–3,5´1012  в) 4,5–7,5´109  **г) 4,5–7,5´1012**   1. Второй физиологический перекрест в лейкоцитарной формуле ребенка происходит   а) на 1–2 день жизни  б) на 5–6 день  в) в 1–2 года  **г) в 5–6 лет** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 04.052020 | *8:00-17:05*  **Тема 2 «Сестринский уход за недоношенными детьми» Занятие 1**  Вы работаете в палате интенсивной терапии недоношенных, где находятся на лечении 2 ребенка, из которых:  **5.** Ребенок родился на сроке гестации 30 недель с массой 1250, возраст 14 суток, пупочная ранка под корочкой Диагноз: новорожденный с ОНМТ. Получает режим кувеза, грудное молоко и фортификатор через зонд с помощью инфузомата.  **6.** Ребенок родился на сроке гестации 34 недели неделя с массой 1870, возраст 7 суток, пуповина под скобкой. Диагноз: Диабетическая фетопатия. Персистирующая гипогликемия. Получает режим кувеза, сцеженное материнское молоко 7 раз в сутки через зонд порционно по 30 мл.   * Составьте план мероприятий по уходу за каждым ребенком   ОТВЕТ: **5.**  1. После стабилизации состояния транспортировка новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ из родильного зала в отделение интенсивной терапии проводится в пластиковой пленке, в транспортном инкубаторе под контролем пульсоксиметрии.  2. Транспортировка новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ осуществляется не менее чем 2 медицинскими работниками.  3. На этапе транспортировки из родильного зала следует держать пакет, в который помещен ребенок с ЭНМТ, максимально закрытым.  Уход на новорожденными с ОНМТ и ЭНМТ на посту интенсивной терапии.  • Установка влажности и температурного режима в инкубаторе  • Снижение уровня сенсорной стимуляции до минимума в помещении.  • Светоизолирующая накидка на инкубатор, «гнездо»,  • Термометрия(кожная) • Взвешивание предпочтительно в инкубаторе  • Контроль АД и газов крови в первые 30 мин после поступления.  • Общеклинические анализы с лейкоцитарной формулой  • Кровь на сахар, СРБ  • Рентгенограмма органов грудной клетки и нейросонография гол.мозга после стабилизации состояния  • Начать эмпирическую АБТ -пенициллинового ряда и аминогликозиды в возрастной дозе в первые сутки жизни.  • Введение вит К детям с массой 1000гр, в дозе 0,5мг (в/м или в/в если есть доступ)   • Начинать энтеральное питание желательно с первых 24 часов жизни, при стабильном состоянии.  Помнить!!! Возникновение апноэ у недоношенных новорожденных в конце первой недели жизни (или позднее) может свидетельствовать о манифестации госпитальной инфекции, что требует проведения дополнительного обследования.  Исследования, рекомендуемые новорождённым с ОНМТ и ЭНМТ для выявления перинатальной патологии ЦНС и органов чувств   |  |  | | --- | --- | | **Показания** | **Рекомендуемые исследования** | | Все новорождённые с ОНМТ и ЭНМТ | Эхограмма головного мозга на 1–3-й день,  повторно на 7–10-й день | | Субэпендимальное кровоизлияние в желудочки головного мозга | НСГ 1 раз в неделю | | Кровоизлияние в желудочки головного мозга без вентрикуломегалии | НСГ каждые 3–7 дней до стабилизации состояния | | Перивентрикулярная лейкомаляция | НСГ на 30-е сутки жизни, повторно на 36-й неделе  постконцептуального возраста или перед выпиской. Если данные эхограммы противоречивы, следует провести МРТ | | Скрининг ретинопатии новорожденных | Первичный офтальмологический осмотр в 4–6 нед  жизни (31–32 нед постконцептуального возраста),  далее – согласно рекомендациям офтальмолога | | Аудиологический скрининг | Перед выпиской из стационара (не ранее 34-й недели  постконцептуального возраста) |   Начало введения энтерального питания: в случае стабильного состояния, в первые 24 часа жизни, в остальных ситуациях начало вскармливания можно отложить, но желательно не позднее 72 часов от момента рождения. Начальный объем: для ЭНМТ не более 0,5 – 1,0 мл, ОНМТ – 1,5 – 2,0 мл. Кратность введения (суточная) – 8 (реже до 12) раз за сутки.  Трофическое питание: Трофическое питание направлено на созревание кишечника, а не на ребенка в целом;  Цель – предотвращение атрофии слизистой и развитие моторики кишечника, а также повышение ферментативной активности. Его основная функция - стимуляция созревания кишечника. Может быть использовано параллельно с парентеральным.  Способствует: Быстрому достижению полного энтерального питания; Развитию нормальной микрофлоры; Выработке инсулина и усвоению глюкозы Полный объем энтерального питания, которого желательно достигнуть к 3 неделе жизни – 140-160 мл/кг/сутки. Объем минимального трофического питания – 10–20мл/кг/сутки. Длительность проведения трофического питания – 5-7 дней, суточный объем увеличения энтерального кормления не должен превышать 10-20мл/кг/сутки.  **Энтеральное питание противопоказано и его следует прекратить:** 1. При наличии врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта: − Все виды врожденной кишечной непроходимости (высокая и низкая формы) − Пороки развития других органов и систем: врожденная диафрагмальная грыжа; пороки передней брюшной стенки (гастрошизис, омфалоцеле)  2. При появлении симптомов кишечной непроходимости, признаках НЭК (см. КП НЭК) − Синдром рвоты и срыгивания с примесью желчи и/или застойным характером (наличие кишечного содержимого).  − Эвакуация из желудка перед кормлением 2-3 мл зеленого содержимого по типу «болотной тины»  − Увеличение остаточного объема в желудке через 3 часа после кормления (более 50% от введенного объема)  − Вздутие живота, нарастающее в динамике  − Болезненность живота при пальпации  − Отсутствие перистальтики  − Отек, гиперемия и усиление венозного рисунка передней брюшной стенки − Ухудшение клинического статуса, проявляющееся нарастанием полиорганной недостаточности: тахикардия или брадикардия, апноэ.  − Примесь крови в стуле или желудочном отделяемом (необходимо помнить, что у 65% новорожденных, получающих кормление через желудочный зонд анализ на скрытую кровь может быть положительным).  Наличие пупочного катетера не является противопоказанием к энтеральному кормлению!  Тактика при нарушении адаптации определяется выраженностью симптомов 1. Остаточный объем:  • Без примеси желчи – если объем отделяемого через 3 часа после кормления не превышает 50% от объема разового кормления и не имеет тенденцию к увеличению и самочувствие ребенка не страдает, кормление может быть продолжено под динамическим наблюдением и контролем других симптомов нарушения толерантности к энтеральному кормлению.  • Если остаточный объем превышает 50% от объема разового кормления и имеется тенденция к увеличению, кормление можно продолжить под динамическим наблюдением, однако разовый энтеральный объем питания необходимо уменьшить в 2 раза.  • Примесь желчи (особенно застойной по типу «болотной тины») более 2-3 мл за одно кормление – является серьезным признаком!  Энтеральное кормление следует временно прекратить!  Необходимо решить вопрос о выполнении следующих диагностических мероприятий:  1. Рентгенография органов брюшной полости + общий анализ крови + количество тромбоцитов.  2. Вздутие живота, появление контурированных кишечных петель, нарастающие в динамике – прекратить энтеральное кормление, выполнить рентгенографию органов брюшной полости + общий анализ крови + тромбоциты.  3. Отсутствие перистальтики, задержка отхождения стула, болезненность живота при пальпации – прекратить энтеральное кормление, выполнить рентгенографию органов брюшной полости + общий анализ крови + тромбоциты.  4. Кровь в стуле – прекратить энтеральное кормление + рентгенографию органов брюшной полости + общий анализ крови + тромбоциты.  5. Жидкий стул, апноэ, гипергликемия – приостановить энтеральное кормление, выполнить лабораторный скрининг для исключения инфекционного процесса (общий анализ крови + тромбоциты + СРБ + копрограмма + оценить результаты бактериологического мониторинга).  **6.**  **Диабетическая фетопатия** – заболевание неонатального периода, развивающееся у новорожденных, матери которых страдают сахарным диабетом или гестационным диабетом, и характеризующееся полисистемным поражением, метаболическими и эндокринными дисфункциями.  **Жалобы и анамнез:** • инсулинозависимый диабет (СД I типа) у матери во время беременности, как правило, протекает с осложнениями – периоды гипергликемии и кетоацидоза сменяются периодами гипогликемии, прогрессируют сосудистые поражения; •  у 1/3-1/2 женщин с СД беременность протекает с гестозом и другими осложнениями; • у беременных с сосудистыми осложнениями, как правило, развивается маточно-плацентарная недостаточность, и плод соответственно развивается в условиях хронической гипоксии. **Физикальное обследование:** • макросомия ‒ рождение ребенка с массой тела более 4000 г при доношенной беременности или > 90 перцентиля по таблицам внутриматочного роста плода; • по внешнему виду новорожденные с ДФ напоминают больных с синдромом Кушинга: при длинном ожиревшем туловище, конечности кажутся короткими и тонкими, а на фоне широкой грудной клетки голова ‒ маленькой; лицо лунообразное, с выступающими полными щеками, кожные покровы ярко-красного цвета или багрового оттенка, периферический (кистей и стоп) и периоральный цианоз, обильный волосяной покров на голове, а также темный пушок на плечах, ушных раковинах, иногда на спине, нередко имеются отеки на спине, реже на конечностях; •  синдром каудальной дискинезии (отсутствие или гипоплазия крестца и копчика, а иногда и поясничных позвонков, недоразвитие бедренных костей), пороки развития мозга, обратное расположение органов, удвоение мочеточников, аплазия почек, ВПС (транспозиция магистральных сосудов), аненцефалия.  **Основные проблемы у новорожденных, родившихся у матерей с сахарным диабетом:** – асфиксия, родовая травма, респираторный дистресс синдром, кардиомегалия, кардиопатия, полицитемия стойкая гипогликемия, гипокалиеимия, гипомагниемия, гипербилирубинемия; – тромбогеморрагический синдром из-за: полицитемии, способствующей развитию гипервязкости крови и сладж-синдрома, особенно в условиях гипоксии; это обусловливает нарушение микроциркуляции, повышающей риск гипоксически-ишемических поражений ЦНС, способствует развитию язвенно-некротического энтероколита и дыхательных нарушений, тромбоза сосудов почек, тромбоза печёночных вен. **Лабораторные исследования**: **В клиническом анализе крови** – полицитемия; **Биохимический анализ крови:** • уровень глюкозы снижается менее 2,2 ммоль/л; NB! Определение уровень глюкозы в крови через 30-60 минут после рождения и в течение первых 3-х суток – через каждые 3-4 часа, далее до 6 дня 1 раз в день перед кормлением. • при затянувшейся желтухе – непрямая гипербилирубинемия; • возможны гипокальциемия (снижение уровня кальция в сыворотке крови менее 2,0 ммоль/л у доношенных и 1,75 ммоль/л ─ у недоношенных новорожденных или снижение уровня ионизированного кальция в сыворотке крови менее 0,75-0,87 ммоль/л у доношенных и менее 0,62-0,75 ммоль/л ─ у недоношенных новорожденных); • гипомагниемия **(**снижение уровня магния в сыворотке крови менее 0,66 ммоль/л**);** • КОС крови: декомпенсированный метаболический ацидоз. **Инструментальные исследования**: • ЭХО-КГ и ЭКГ – при подозрении на кардиопатию и ВПС; • Рентгенограмма легких при развитии дыхательных нарушений, сердца (других частей тела по необходимости). **Показания для консультации специалистов**: при диагностике пороков развития сердца, почек, патологии ЦНС и др., новорожденного обследуют кардиолог, невролог, нефролог для обсуждения тактики ведения. При необходимости привлекают эндокринолога. **Показания для плановой госпитализации:** беременные с сахарным или гестационным диабетом госпитализируются на роды в родовспомогательный стационар 3-го уровня. **Показания для экстренной госпитализации:** смотрите протокол по ведению беременности у женщин с сахарным или гестационным диабетом. **Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента** – В случае обращения беременной женщины, страдающей сахарным диабетом или гестационным диабетом в родовспомогательную организацию 1-го или 2-го уровней, вызвать транспортную бригаду и перевести ее с плодом in uteri в родовспомогательную организацию 3-го уровня. – Ребенок, родившийся у беременной с указанной патологией, в случае реализации проблем (см. п.2.3) из родильного зала переводится ОРИТН, либо в ОПН (палата интенсивной терапии) в зависимости от тяжести состояния.  **Немедикаментозное лечение**: • обеспечить теплый родильный зал (температура воздуха ≥25**0**С); • принять ребенка в теплые сухие пеленки, положить на живот матери, обсушить, оценить его состояние; • в случае рождения ребенка в асфиксии – отделить от матери, поместить под источник лучистого тепла, провести реанимационные мероприятия (см. клинический протокол «Асфиксия при рождении»); •  если при рождении ребенок не нуждается в реанимационных мероприятиях, его следует положить на живот матери, обеспечить контакт кожа к коже и раннее начало грудного вскармливания; • если уровень глюкозы через 30-60 минут после рождения более 2,2 ммоль/л,  ребенку обеспечивают грудное вскармливание через каждые 2 часа без ночного перерыва; •  если ребенок не берет грудь, или по каким-либо причинам  не может быть приложен к груди, его кормят сцеженным материнским грудным молоком любым альтернативным методом (с помощью чашки, ложки, шприца, зонда) через каждые 2 часа без ночного перерыва; •  при тяжелом состоянии ребенка ‒ проводится парентеральное питание.  **Перечень основных лекарственных средств** (имеющих 100% вероятность применения):   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Лекарственная группа** | **Лекарственные средства** | **Показания** |  | |  | 10% раствор декстрозы | Уровень гликемии у доношенного ≥1,5-1,9 ммоль/л и  у недоношенного ≥1,5-2,5 ммоль/л |   **Перечень дополнительных лекарственных средств** (менее 100% вероятности применения):   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Лекарственная группа** | **Лекарственные средства** | **Показания** |  | | Гормональные антагонисты инсулина | Глюкагон в дозе 0,1 мг/кг или 0,25-0,5 мл внутримышечно | Отсутствие эффекта от введения глюкозы в течение 6 часов. | | Гидрокортизон 5-10 мг/кг/сут или преднизолон 2-3 мг/кг/сут до стабилизации состояния. | при отсутствии эффекта после введения глюкагона |  |   **Хирургическое вмешательство:** •  при наличии тяжелого врожденного порока сердца или другой врожденной патологии, требующих хирургического вмешательства.   **Дальнейшее ведение:** •  при интеркуррентных заболеваниях необходимо определять сахар в крови и моче, 1 раз в год проводить стандартный тест на толерантность к глюкозе. NB! У детей с диабетической фетопатией, не имеющих врожденных пороков, к 2-3 месяцам происходит полное обратное развитие признаков фетопатии. Вероятность заболевания сахарным диабетом в дальнейшем невысокая, отмечается склонность детей к ожирению. Существует риск органического повреждения нервной системы в связи с гипогликемией. Минимальная мозговая дисфункция диагностируется в последующем у 1/3-1/4 детей, функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы — у 1/2.  **Индикаторы эффективности лечения:** •  нормализация уровня глюкозы в крови на 6-7 сутки; •  отсутствие симптомов дыхательных нарушений, сердечной недостаточности, полицитемии, гипербилирубинемии.  Составьте чек листы следующих манипуляций:   * Мытье рук, надевание и снятие перчаток   Существует два уровня обработки рук медицинского персонала:   1. **Гигиеническая обработка рук:**    1. гигиеническое мытьё рук с мылом,    2. гигиеническая обработка рук кожным антисептиком (без их предварительного мытья). 2. **Обработка рук хирургов.**   **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РУК.**  *Цель:*удаление загрязнений и снижение количества микроорганизмов до безопасного уровня (профилактика ИСМП). *Показания:*   * перед непосредственным контактом с пациентом; * после контакта с неповрежденной кожей пациента; * перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом; * после контакта с биологическими средами организма, слизистыми оболочками, повязками; * после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента; * после лечения пациента с гнойными воспалительными процессами; * после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.   *Противопоказания:*индивидуальная непереносимость используемого мыла или кожного антисептика. *Условия эффективности:*   * коротко постриженные ногти; * отсутствие лака на ногтях; * отсутствие искусственных ногтей; * отсутствие ювелирных украшений на руках (колец, перстней и т.д); * обеспечение в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы).  1. ***Гигиеническое мытьё рук с мылом.***   *Оснащение:*раковина, оснащенная краном с локтевым (бесконтактным) вентилем; жидкое мыло; дозатор для жидкого мыла (локтевой или другой бесконтактный); бумажные полотенца (или индивидуальное матерчатое полотенце); держатель для бумажного полотенца; педальное ведро с пакетом для отходов класса А.  Алгоритм манипуляции:   |  |  | | --- | --- | | **Этапы** | **Обоснование** | | **1. Подготовка к процедуре** | | | 1.1. Проверить условия необходимые для эффективного мытья рук. | Эффективность проведения манипуляции. | | 1.2. Приготовить всё необходимое. | | 1.3. Встать перед раковиной, стараясь не касаться её поверхности руками и одеждой. | Профилактика контаминации рук и одежды. | | 1.4. Включить воду и отрегулировать температуру воды до комфортного значения (35-40 оС). | Оптимальная температура для деконтаминации рук и профилактика дерматитов. | | **2. Выполнение процедуры** | | | 2.1. Намочить кисти рук водой. | Эффективность проведения манипуляции. | | 2.2. Нанести мыло на ладонь при помощи локтевого дозатора (или любого другого). | Профилактика контаминации рук. | | 2.3. Тереть ладонью о ладонь. | Обеспечение равномерной деконтаминации кистей рук. | | 2.4. Правой ладонью тереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот. | | 2.5. Обработать межпальцевые промежутки: тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами. | | 2.6. Соединить пальцы в замок, тереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки. | | 2.7. Тереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук. | | 2.8. Тереть разнонаправленными круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки. | | 2.9. Смыть мыло проточной водой.  Примечание: доза жидкого мыла и время обработки согласно инструкции к применению. | Эффективность проведения манипуляции. | | **3. Окончание процедуры** | | | 3.1. Выключить воду локтевым краном. |  | | 3.2. Вытереть насухо руки бумажным полотенцем (индивидуальным матерчатым). | Эффективность проведения манипуляции, профилактика контактных дерматитов. | | 3.3. Выбросить бумажное полотенце в педальное ведро с пакетом для отходов класса А, не касаясь его. | Надлежащее обращение с медицинскими отходами класса А. Профилактика реконтаминации рук. | | **Примечание:** если раковина не имеет бесконтактный кран, сначала вытирают руки, затем закрывают вентиль, пользуясь использованным для вытирания рук медсестры бумажным полотенцем. |  |   «Использование перчаток (надевание стерильных перчаток, снятие использованных перчаток)»  *Цель:*профилактика ИСМП; защита от агрессивных химических веществ.  *Показания к применению перчаток:*   * когда возможен контакт с кровью или другими биологическими средами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами; * когда возможен контакт со слизистыми оболочками; * когда возможен контакт с поврежденной кожей; * при работе со средствами дезинфекции, ПСО, стерилянтами, цитостатиками, гормональными кремами и др.; * при работе с медицинскими отходами.   *Противопоказания к применению перчаток:*нет (при аллергии на латекс или пудру использовать не опудренные перчатки из синтетических материалов).  Правила использования перчаток.   1. Материал, из которого изготовлены перчатки, должен соответствовать выполняемым манипуляциям. 2. Необходимо использовать перчатки соответствующего размера. 3. Стерильные перчатки надевают только тогда, когда требуется асептика при выполнении манипуляций. 4. Перед надеванием нестерильных перчаток руки обрабатываются гигиеническим уровнем. 5. Перед надеванием стерильных перчаток руки обрабатываются гигиеническим или хирургическим способом в зависимости от вида выполняемой манипуляции. 6. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук; 7. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя или более пациентами при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка к чистому. 8. Перчатки, снятые в процессе манипуляции не используются повторно. 9. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой) смоченной раствором дезинфицирующего средства (антисептика) убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор дезинфицирующего средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком. 10. При надевании нестерильных перчаток нужно прикасаться только к верхнему краю манжеты.   **НАДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНЫХ ПЕРЧАТОК.**  *Оснащение:*промышленная упаковка стерильных перчаток, манипуляционный стол.  Алгоритм манипуляции:   |  |  | | --- | --- | | **Этапы** | **Обоснование** | | **1. Подготовка к процедуре** | | | 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем (по окончании обработки руки должны быть сухими). | Профилактика ИСМП. Эффективность проведения манипуляции. | | 1.2. Взять упаковку с перчатками, проверить целостность упаковки и срок годности (стерильности). | | 1.3. Вскрыть и развернуть упаковку с перчатками на манипуляционном столе. | Эффективность проведения манипуляции. | | **2. Выполнение процедуры** | | | 2.1. Взять перчатку для правой руки за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались наружной (рабочей) поверхности перчаток. | Предотвращение контаминации.  Предотвращение контаминации. | | 2.2. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку. | | 2.3. Разомкнуть пальцы правой руки и натянуть перчатку на пальцы не нарушая её отворота. | | 2.4. Завести под отворот левой руки 2-й, 3-й, 4-й, пальцы правой руки, уже одетой в перчатку, так чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-го пальца на левой перчатке. | | 2.5. Держать левую перчатку 2-м, 3-м и 4-м пальцами правой руки вертикально. | | 2.6. Сомкнуть пальцы левой руки и ввести её в перчатку. | | **3. Окончание процедуры** | | | 3.1. Расправить отворот в начале на левой перчатке, натянув её на рукав; затем на правой, с помощью 2-го и 3-го пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки. | Предотвращение контаминации. | | **Примечание:** если медсестра левша, то манипуляцию она начинает с надевания перчатки на левую руку - правой рукой. |  |   **Надевание стерильных перчаток.**  Снятие использованных перчаток.  *Показания к снятию перчаток:*   * повреждение перчаток; * завершение контакта с кровью и другими биологическими жидкостями или поврежденной кожей или слизистыми оболочками; * завершение работы со средствами дезинфекции, ПСО, стерилянтами, цитостатиками, гормональными кремами и др.; * завершение работы с медицинскими отходами; * если необходимо провести гигиену рук.   *Оснащение:*емкость с дезраствором, пакет для медицинских отходов класса Б, ёмкость медицинских отходов класса Б.  Алгоритм манипуляции:   |  |  | | --- | --- | | **Этапы** | **Обоснование** | | **1. Подготовка к процедуре** | | | 1.1. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой) смоченной раствором дезинфицирующего средства в концентрации соответствующей вирусным гепатитам или антисептиком, убрать видимые загрязнения. Eсли перчатки не загрязнены, медсестра сразу приступает к их снятию. | Профилактика ИСМП. | | **2. Выполнение процедуры** | | | 2.1. Пальцами правой руки в перчатке сделать отворот на левой перчатке, касаясь её только с наружной стороны. | Предотвращение контаминации рук медперсонала.  Профилактика ИСМП. | | 2.2. Пальцами левой руки сделать аналогичный отворот на правой перчатке. | | 2.3. Снять перчатку с левой руки держа за отворот. | | 2.4. Вывернуть её наизнанку. | | 2.5. Держать снятую перчатку в правой руке. | | 2.6. Левой рукой взять перчатку на правой руке за отворот. | | 2.7. Снять перчатку с правой руки выворачивая её наизнанку. |  | | **3. Окончание процедуры** | | | 3.1.Поместить перчатки в ёмкость с дезраствором или в пакет для медицинских отходов класса Б заправленный в ёмкость для отходов аналогичного класса в соответствии с принятыми в медицинской организации нормативами. | Надлежащее обращение с медицинскими отходами класса Б. |  * Кормление новорожденных через зонд   Цель:  - обеспечить новорожденного ребенка необходимым количеством пищи, когда естественное питание через рот невозможно.  Оснащение:  - резиновые перчатки, маска, косынка;  - отмеренное количество молока (стерильной молочной смеси) на одно кормление, подогретое до температуры  37-38°;  - стерильный желудочный зонд;  - стерильный шприц 20мл;  - лоток для оснащения;  - электроотсос или резиновая груша.  Обязательное условие:  - размер желудочного зонда зависит от массы тела ребенка;  - масса менее 1000г- №4 носовой или №6 ротовой;  - масса 1000-2500г- №6 носовой и ротовой;  - недоношенному новорожденному ребенку с дыхательной недостаточностью до и после кормления провести оксигенотерапию с целью профилактики приступов апноэ.   |  |  | | --- | --- | | Этапы | Обоснование | | **Подготовка к процедуре** | | | Объяснить маме (родственникам) цель и ход  выполнения процедуры. | Обеспечение права матери на информацию. | | Подготовить необходимое оснащение | Обеспечение четкости выполнения процедуры. | | Надеть косынку, маску, вымыть и осушить руки,  надеть перчатки. | Обеспечение инфекционной безопасности. | | Уложить ребенка на бок с приподнятым головным  концом, зафиксировать такое положение с помощью пеленки. | Предупреждение аспирации. | | **Выполнение процедуры** | | | Измерить глубину введения зонда: от мочки уха,  через переносицу до конца мечевидного отростка  грудины (не касаясь ребенка), сделать метку. | Обеспечение введения зонда в желудок. | | Заполнить шприц молоком, присоединить зонд, взять свободный конец зонда стерильной перчаткой или пинцетом, приподнять его и заполнить зонд молоком (до появления первой капли молока из отверстия на конце зонда). | Вытеснение воздуха из катетера  предупреждает попадание воздуха в желудок  малыша. | | Отсоединить шприц, закрыть зажим и смочить  слепой конец зонда в молоке. | Предупреждение соскальзывания, вытекания  молока. Предупреждение травмы слизистой,  так как влажный зонд легче ввести. | | Ввести зонд со средней линии языка (по нижнему  носовому ходу) до метки, не прилагая усилий. Во  время введения следить за состоянием ребенка (нет  ли кашля, цианоза, одышки).  *Примечание*: можно ввести зонд в желудок ребенка без предварительного его заполнения. В этом случае после введения зонда в желудок ребенка, присоединить шприц и потянуть поршень на себя, заполнить его желудочным содержимым. | Исключение попадания зонда в дыхательные  пути.  Контроль нахождения катетера в желудке и предупреждение попадания воздуха в желудок  малыша. | | Присоединить шприц, приподнять его и очень  медленно ввести назначенный объем молока.  *Примечание*: при необходимости повторного  использования зонда, фиксировать его  лейкопластырем к коже щеки и ввести небольшое  количество физиологического раствора. | Профилактика рвоты.  Постоянный зонд  можно оставить в желудке до 2 суток, но во избежание свертывания молока, промыть. | | **Завершение процедуры** | | | Положить ребенка в кроватку на бок с приподнятым головным концом |  | | Снять перчатки, вымыть и осушить руки.  Использованный инструментарий поместить в дезинфицирующий раствор. | Обеспечение инфекционной безопасности. |  * Работа линеоматом   Adrenalin 5 mg Sol. Natrii Chloridi 0,9% ad 20 V=2 ml/h вес пациента 80 кг. Для определения текущей дозы адреналина необходима: Количество вещества в растворе разделить на объем раствора 5:20=0,25 (мг в-ва в 1 мл р-ра)  Полученный результат умножить на скорость инфузии 0,25\*2=0,5 (мг в-ва поступит пациенту в час) Результат необходимо разделить на вес пациента и на 60 минут 0,5:80:60=0,0001(мг/кг/мин) Расчет дозы адреналина 0,0001\*1000=0,1(мкг/кг/мин)   * Обработка кувез   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 пеленкой, 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.  ТЕСТ  **Сестринское дело в неонатолонгии**   1. Причина гипотермии у недоношенных новорожденных   **а) низкое содержание бурого жира**  б) высокое содержание бурого жира  в) увеличение теплопродукции  г) уменьшение теплоотдачи   1. Смена кувеза и дезинфекция проводится:   а) каждый день  **б) каждые 3 – 5 дней** в) раз в неделю  г) раз в месяц   1. Пушковые волосы на теле новорожденного — это   **а) лануго**  б) стридор  в) склередема  г) тризм   1. Признак функциональной зрелости недоношенного   а) слабый крик  б) отсутствие исчерченности стоп  **в) гипорефлексия**  г) непропорциональное телосложение   1. Срок гестации отсчитывается с:   **а) первого дня последнего менструального цикла** б) последнего дня последнего менструального цикла в) середины последнего менструального цикла   1. Критерий перевода недоношенного новорожденного с зондового кормления на кормление из бутылочки   **а) появление сосательного рефлекса**  б) прибавка массы тела  в) увеличение комочков Биша  г) исчезновение физиологической диспепсии   1. Первый этап реанимации при асфиксии новорожденного   а) искусственная вентиляция легких  б) закрытый массаж сердца  в) коррекция метаболических расстройств  **г) восстановление проходимости дыхательных путей**   1. Второй этап реанимации при асфиксии новорожденного   а) восстановление проходимости дыхательных путей  **б) восстановление внешнего дыхания**  в) коррекция гемодинамических расстройств  г) коррекция метаболических расстройств   1. Основная причина родовой травмы ЦНС у детей   **а) гипоксия**  б) гиперкапния  в) гипопротеинемия  г) гипергликемия   1. Непосредственно к возникновению родовой травмы у детей приводит   **а) несоответствие размеров головки плода и таза матери**  б) хромосомное нарушение  в) нарушение белкового обмена  г) гипергликемия   1. Кефалогематома — это кровоизлияние   а) в мягкие ткани головы  б) над твердой мозговой оболочкой  в) под твердой мозговой оболочкой  **г) под надкостницу**   1. К очаговым признакам поражения ЦНС у новорожденного относится   а) рефлекс Моро  б) симптом Бабинского  в) симптом Кернига  **г) симптом Грефе**   1. Грозным осложнением синдрома срыгивания и рвоты является:   а) метеоризм  б) перитонит **в) аспирация**  г) аритмия   1. Наиболее частая причина гемолитической болезни новорожденных   а) гипоксия  б) гиперкапния  в) внутриутробное инфицирование  **г) резус-конфликт**   1. При гемолитической болезни новорожденных токсическое действие на организм оказывает   а) фенилалонин  **б) билирубин**  в) глюкоза  г) холестерин   1. Специфическое осложнение ГБН   а) отит  б) пневмония  в) сепсис  **г) билирубиновая энцефалопатия**   1. Симптомы гемолитической болезни новорожденных:   а) ахоличный стул  б) появление желтухи на третий день **в) появление желтухи в первые сутки, билирубинемия**   1. Генерализованная форма гнойно-септических заболеваний новорожденных   а) везикулопустулез  б) парапроктит  **в) сепсис**  г) омфалит   1. Наиболее частая причина сепсиса у новорожденных   а) потница  **б) пузырчатка новорожденных**  в) гемангиома  г) аллергический дерматит   1. Воспаление пупочной ранки новорожденного   а) гемангиома  б) дерматит  в) потница  **г) омфалит**   1. Обработка пустул у новорожденных проводится   **а) 1% бриллиантового зеленого**  б) 4% перманганата калия  в) 5% перекиси водорода  г) 10% хлорида натрия   1. Пупочную ранку новорожденного при появлении гнойного отделяемого обрабатывают раствором:   а) 0,9% хлорида натрия  **б) 3% перекиси водорода**  в) 0,5% хлорамина  г) 5% йода   1. Наиболее частые входные ворота при неонатальном сепсисе   а) носоглотка  б) конъюнктива  в) пищеварительный тракт  **г) пупочная ранка**   1. Инфекционное заболевание кожи новорожденного   а) потница  **б) пузырчатка**  в) опрелости  г) эритема   1. Для лечения и ухода при мокнущих опрелостях рекомендуют   а) обработка 2% раствором йода  **б) примочки с 0,5-1% раствором резорцина**  в) 2% раствором бриллиантового зеленого  г) 5% раствор калий марганец О4 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 06.05.2020 | **Тема 3 «Сестринский уход при заболеваниях у детей раннего возраста»**  Вы работаете в отделении патологии детей раннего возраста.   1. На вашем попечении бокс, где на лечении находится ребенок 1год 2 месяца, госпитализированный без мамы с диагнозом Обструктивный бронхит. Ребенок лихорадит (t – 38? 2ᵒС), из носа необильное слизистое отделяемое, над верхней губой - мацерации. ЧДД 32 в минуту. 2. В соседней палате двое детей, госпитализированных с мамами.  * Один из них – в возрасте 3 месяцев с гипотрофией 2 степени, железодефицитной анемией легкой степени. Находится на грудном вскармливании, но сосет вяло. * Другому 9 месяцев. Диагноз атопический дерматит. Сухая экзема. * Ребенок очень беспокоен, на коже головы – гнейс, на щеках и подбородке яркая гмперемия с белесыми и бурыми чешуйками, следами расчесов и небольшими корочками. Вскармливание искусственное. * Составьте план мероприятий по уходу за каждым ребенком.   ОТВЕТ:  **Задача 1.**  **Хронический (обструктивный) бронхит (ХОБ)** – хроническое воспалительное заболевание респираторной системы с преимущественным поражением мелких бронхов, ведущее к прогрессирующему нарушению вентиляции, хронической дыхательной недостаточности, гипоксии, предрасполагающее к вторичному иммунодефициту с соответствующими осложнениями.  Детей дошкольного и школьного возраста, как правило, не госпитализируют, если речь не идет о тяжелом течении. Профилактика обструктивного бронхита. Медики не называют специфических мероприятий, способных не допустить бронхит обструктивный, лечение которого связано с длительным применением лекарственных препаратов и физиотерапевтических процедур. Если причиной развития бронхита является работа и постоянное нахождение в запыленном помещении, стоит подумать об улучшении существующих условий или поиске другой работы. Кроме того, важно не игнорировать симптомы простуды и не заниматься самолечением, чтобы не допустить развития осложнений. Актуальная и действенная мера – закаливание, усиливающие защитные функции организма. Не стоит забывать, что овощи и свежие фрукты в рационе снабжают организм витаминами и микроэлементами, укрепляя иммунитет.  **План сестринских вмешательств.**   1. Контроль постельного режима. 2. Обеспечить доступ свежего воздуха путём проветривания. 3. Создать ребёнку возвышенное положение в постели , для облегчения дыхания. 4. Контроль температуры в помещении (18- 20). 5. Проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание. 6. Организовать ребёнку двигательный режим, дренажное положение, удаление слизи и секрета верхних дыхательных путей. 7. Проводить туалет кожи, слизистых оболочек носоглотки, глаз. 8. Контроль физиологических отправлений. 9. Питание малыми порциями. 10. Обильное питьё. 11. Выполнить назначения врача. 12. Контроль пульса, чдд, чсс, tº.   **Задача 2.**  **Ребёнок 3 месяцев.**  **Анемия** – малокровие, группа заболеваний, характеризующихся снижением содержания в эритроцитах гемоглобина, количества эритроцитов в единице объёма крови человека.  **Железодефицитная анемия** - это широко распространенное патологическое состояние, характеризующееся снижением количества железа в организме (в крови, костном мозге).  Физиологические потери железа с мочой, потом, калом, через кожу, волосы и ногти не зависят от пола и составляют 1–2 мг в сутки, у женщин во время менструации — 2–3 мг в сутки. У детей потеря железа составляет 0,1–0,3 мг в сутки, возрастая до 0,5–1,0 мг в сутки у подростков. В группе риска всегда находятся недоношенные дети и дети, родившиеся с очень большой массой, дети с лимфатико-гипопластическим типом конституции. У детей первого года жизни к дефициту железа чаще всего приводит несбалансированная диета, в частности вскармливание исключительно молоком, вегетарианство, недостаточное употребление мясных продуктов. Лечение ЖДА у детей раннего возраста должно быть комплексным и базироваться на четырех принципах: нормализация режима и питания ребенка; возможная коррекция причины железодефицита; назначение препаратов железа; сопутствующая терапия. Важнейшим фактором коррекции железодефицита является сбалансированное питание, и в первую очередь грудное вскармливание.  Из других продуктов питания наибольшее количество железа содержится в свиной печени, говяжьем языке, телячьих почках, яичном желтке, устрицах, бобах, кунжуте, морской капусте, пшеничных отрубях, гречке, фисташках, турецком горохе, персиках, овсяных хлопьях, шпинате, лесных орехах и др. Необходимы длительные прогулки на свежем воздухе, нормализация сна, благоприятный психологический климат, профилактика острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), ограничение физической нагрузки.  **План сестринских вмешательств.**   1. Обеспечение консультации аллерголога. 2. Обеспечить проведение необходимых исследований. 3. Организация правильного питания ребёнка. 4. Провести беседу с матерью о правилах кормления ребёнка. 5. Контроль за стулом ребёнка. 6. Прогулки не менее 4-6 часов на свежем воздухе. 7. Проветривание палаты каждые 2-3 часа. 8. Контроль приёма лекарственных препаратов. 9. Контроль температуры тела, АД, ЧСС, ЧДД. 10. Обеспечить гигиену ребёнка. 11. Смена нательного и постельного белья.   **Ребёнок 9 месяцев.**  **Атопический дерматит** — это хроническое воспалительное заболевание кожи, которое обычно начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте. Ат.Д. в большинстве случаев развивается у лиц с наследственной предрасположенностью и часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями.  **Чаще всего вызывает атопический дерматит у детей:**   * - Белки коровьего молока * - Яйца * - Рыба и другие морепродукты * - Пшеничная мука * - Бобы: фасоль, горох, соя, какао и др. * - Некоторые фрукты: персик, абрикос, цитрусы и др. * - Овощи: морковь, свекла, томаты и др. * - Ягоды: клубника, малина, смородина и др. * - Продукты пчеловодства: мед, прополис, пчелиная пыльца * - Сладости * - Мясо: курица, утка, говядина * - Повышенное количество соли, сахара, специй могут усиливать аллергическую реакцию * - [Антибиотики](http://polismed.com/subject-antibiotiki.html) пенициллинового (амоксиклав, аугментин, бициллин) и тетрациклинового (тетрациклин, доксициклин) ряда * - [Аспирин](http://polismed.com/subject-aspirin-acetilsalicilovaja-kislota.html) * **В  клинической картине атопического дерматита отмечается** наличие эритемы,сухости кожи и зуда, расчесов, полиморфной сыпи, характерной локализации сыпи на лице, разгибательных поверхностях конечностей, над крупными суставами, иногда, с признаками бактериального или грибкового вторичного поражения кожи. Неспецифические симптомы атопического дерматита (белый дермографизм, «географический» язык и другие).   **План сестринских вмешательств.**   1. Обеспечение консультации аллерголога. 2. Обеспечить проведение необходимых исследований. 3. Организация правильного питания ребёнка. 4. Провести беседу с матерью о правилах кормления ребёнка. 5. Уничтожение или уменьшение контакта с аллергенами. 6. Уменьшить влияние провоцирующих факторов (потливость, стресс, резкие колебания температуры, грубая одежда, использование мыла и детергентов и т. д.). 7. Обустроить гипоаллергенный быт и проводить удаление клещей домашней пыли, что в сочетании с высокогорным климатом также приводит к улучшению течения Ат.Д. 8. Соблюдать индивидуальную гипоаллергенную диету с исключением определенных продуктов при доказанной пищевой аллергии. (Исключить продукт, который, вероятнее всего, вызвал аллергию, согласно анамнеза и аллергопроб; исключить продукты, которые содержат потенциальные аллергены (клубнику, цитрусы, бобы, шоколад, морепродукты, мед и др.); исключить жареное, жирное, острое, соленое, мясные и рыбные бульоны; минимум соли и сахара; питье только очищенной воды; осторожное постепенное введение прикормов.) 9. Контроль приёма лекарственных препаратов. 10. Контроль температуры тела, АД, ЧСС, ЧДД. 11. Обеспечить гигиену ребёнка. 12. Смена нательного и постельного белья.   Составьте чек листы следующих манипуляций:   * **Подсчет пульса, дыхания.**   **Техника подсчёта частоты дыхания у детей разного возраста.**  **Оснащение:** Секундомер или часы с секундной стрелкой, температурный лист, ручка.  **Подготовка к манипуляции:**  1. Объяснить маме ход манипуляции, получить информированное согласие.  2. Провести санитарную обработку рук, осушить.  3. Раздеть ребёнка до пояса.  **Выполнение манипуляции:**  1. Отвлечь ребёнка.  2. Положить руку исследователя на живот или грудную клетку ребёнка (в зависимости от возраста).  3. Считать количество экскурсий живота или грудной клетки во время вдоха в течение 1 минуты.  4. Оценить частоту дыхания у ребенка.  5. Одеть ребёнка.  **Завершение манипуляции:**  1. Вымыть и осушить руки.  2. Записать результат в температурный лист.  **Примечание:** у новорождённых и грудных детей ЧДД подсчитывают с помощью стетоскоп, раструб которого держат около носа ребёнка.   * **Техника подсчёта частоты пульса у детей разного возраста.**   **Оснащение:** Секундомер или часы с секундной стрелкой, температурный лист, ручка.  **Подготовка к манипуляции:**  1. Объяснить маме или ребёнку ход предстоящей манипуляции.  2. Получить согласие мамы или пациента.  3. Провести санитарную обработку рук.  4. Придать положение пациенту «сидя» или «лёжа».  **Выполнение манипуляции:**  1. Положить 11, III, IV пальцы на область лучевой артерии, 1 палец должен находиться со стороны тыла кисти.  2. Прижать слегка артерию и почувствовать пульсацию артерии.  3. Взять часы или секундомер.  4. Подсчитать количество сокращений за 1 минуту в покое.  **Завершение манипуляции:**  1. Вымыть и осушить руки.  2. Записать результат в температурный лист.  ***Примечание:***  1. У детей до 1 года пульс определяют на височной, сонной артерии, у детей старше 2-х лет - на лучевой.  2. Кисть и предплечье при подсчёте пульса не должны быть «на весу».   * **Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария.**  Дезинфекция предметов ухода за пациентом **Оснащение:** Спецодежда, использованный предмет ухода, дезинфицирующее средство, ветошь, ёмкость для дезинфекции с крышкой и маркировкой.  **Подготовка к процедуре:**   1. Надеть спецодежду. 2. Подготовить оснащение. 3. Залить в ёмкость дезинфицирующий раствор нужной копией грации. 4. Выполнить процедуру с использованием предметов ухода.   **Выполнение дезинфекции методом полного погружения:**   1. Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости дезинфицирующим раствором. 2. Снять перчатки. 3. Отметить время начала дезинфекции. 4. Выдержать необходимое время процесса дезинфекции данным средством. 5. Надеть перчатки. 6. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить. 7. Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию 8. Хранить предмет ухода в специально отведённом месте. 9. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.   **Метод двукратного протирания:**   1. Протереть последовательно, двукратно, предмет ухода дезинфицирующим средством. 2. Следить, чтобы не оставалось необработанных промежутков на предмете ухода. 3. Дать высохнуть. 4. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить. 5. Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию. 6. Хранить предмет ухода в специально отведенном месте. 7. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.  * **Введение капель в нос.**   **Оснащение:** Стерильная пипетка, лекарственное вещество, стерильные ватные шарики, турунды, резиновый баллон для отсасывания слизи, лоток для отработанного материала.  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить все необходимое оснащение. 3. Вымыть и осушить руки. 4. Подготовить лекарственное вещество до комнатной температуры. 5. Отсосать слизь из носа резиновым баллоном, отдельными стерильными ватными турундами осушить слизистую носа ребенка.   **Выполнение процедуры:**   1. Набрать в пипетку лекарственное вещество. 2. Левую руку положить на лоб ребенка, слегка запрокинуть и наклонить голову в сторону, которую вводятся капли, большим пальцем приподнять кончик носа. 3. Взять пипетку в правую руку, не касаясь стенок носа, нажать на колпачок пипетки и выпустить 2-3 капли на слизистую носа. 4. Прижать крыло носа к перегородке, подождать несколько минут. 5. Через несколько минут повторить процедуру с другой половинкой носа.   **Завершение процедуры:**   1. Избыток капель снять ватным шариком. 2. Вымыть и осушить руки.  * **Антропометрия.**   **1. Измерение массы тела (возраст до 2 лет).**  **Оснащение:** Чашечные весы, резиновые перчатки, ёмкость с дезинфицирующим раствором, ветошь, бумага и ручка.  **Обязательное условие:** Взвешивать ребенка натощак, в одно и то же время, после акта дефекации.  **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме/родственникам цель исследования 2. Установить весы на ровной устойчивой поверхности 3. Подготовить необходимое оснащение. 4. Проверить, закрыт ли затвор весов. 5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 6. Обработать лоток дезинфицирующим раствором с помощью ветоши. 7. Постелить на лоток сложенную в несколько раз пелёнку ( следить, чтобы она не закрывала шкалу и не мешала движению штанги весов). 8. Установить гири на нулевые деления. 9. Открыть затвор. 10. Уравновесить весы с помощью вращения противовеса ( уровень коромысла должен совпадать с контрольным пунктом). 11. Закрыть затвор.   **Выполнение процедуры**   1. Уложить ребёнка на весы головой к широкой части (или усадить). 2. Открыть затвор 3. Передвинуть «килограммовую» гирю, расположенную на нижней части весов, до момента падения штанги вниз, затем сместить гирю на одно деление влево. 4. Плавно передвинуть гирю, определяющую граммы и расположенную на верхней штанге, до положения установления равновесия. 5. Закрыть затвор и снять ребёнка с весов.   **Завершение процедуры**   1. Записать показатели массы тела ребёнка (фиксируются цифры слева от края гири).   **2. Измерение длины тела (у детей до 1-го года).**  **Оснащение:** Горизонтальный ростомер, пелёнка, резиновые перчатки, ёмкость с дезинфицирующим раствором, ветошь, бумага, ручка.  **Подготовка к процедуре.**   1. Объяснить маме/родственниками цель исследования 2. Установить горизонтальный ростомер на ровной устойчивой поверхности шкалой «к себе». 3. Подготовить необходимое оснащение. 4. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 5. Обработать рабочую поверхность ростомера дезинфицирующим раствором с помощью ветоши. 6. Постелить пелёнку (она не должна закрывать шкалу и мешать движению подвижной планки).   **Выполнение процедуры.**   1. Уложить ребёнка на ростомер головой к подвижнойпланке. 2. Выпрямить ноги малыша лёгким нажатием на колени. 3. Придвинуть к стопам, согнутую под прямым углом, подвижную планку ростомера. 4. По шкале определить длину тела ребёнка. 5. Убрать ребёнка с ростомера.   **Завершение процедуры.**   1. Записать результат. 2. Сообщить результат маме. 3. Убрать пелёнку с ростомера. 4. Протереть рабочую поверхность весов дезинфицирующим средством. 5. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.   **3. Измерение окружности грудной клетки.**  **Оснащение:** Сантиметровая лента, 70% этиловый спирт, марлевая салфетка, ручка, бумага.  **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме/родственниками цель исследования, получить согласие мамы 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Обработать сантиметровую ленту с двух сторон спиртом с помощью салфетки 4. Уложить или усадить ребёнка   **Выполнение процедуры**   1. Наложить сантиметровую ленту на грудь ребёнка по ориентирам:   а) сзади - нижние углы лопаток;  б) спереди - нижний край около сосковых кружков( у девочек пубертатного возраста верхний край 4 ребра, над молочными железами).   1. Определить показатели окружности головы.   **Завершение процедуры**   1. Записать результат. 2. Сообщить результат ребёнку/маме.   **4. Измерение окружности головы.**  **Оснащение:** Сантиметровая лента, 70% этиловый спирт, марлевая салфетка, ручка, бумага.  **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме/родственниками цель исследования, получить согласие мамы 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Обработать сантиметровую ленту с двух сторон спиртом с помощью салфетки 4. Уложить или усадить ребёнка   **Выполнение процедуры**   1. Наложить сантиметровую ленту на голову ребёнка по ориентирам:   а) сзади - затылочный бугор;  б) спереди - надбровные дуги.  ***Примечание:*** следить, чтобы палец исследователя не находился между лентой и кожей головы ребёнка.   1. Опустить подвижную планку ростомера(без надавливания) к голове ребёнка, определить окружности головы.   **Завершение процедуры**   1. Записать результат. 2. Сообщить результат ребёнку/маме.  * **Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей.**   **1. Обработка волосистой части головы при гнейсе.**  **Оснащение:** Стерильное растительное масло, ватные тампоны, лоток для обработанного материала, шапочка, марлевые салфетки 10x10 или 15x15.  **Подготовка к процедуре**  1.Объяснить маме цель и ход прове­дения процедуры.  2.Подготовить оснащение.  3.Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки.  4.Усадить или уложить ребенка на столик.  **Выполнение процедуры**  1.Ватным тампоном, обильно смочен­ным маслом, обработать волосистую часть головы промокательными дви­жениями в местах локализации гнейса.  2.Положить на обработанную поверх­ность марлевые салфетки и надеть шапочку (минимум на 2 часа).  3.Передать ребенка маме.  4.Убрать пе­ленку и поместить ее в мешок для грязного белья, столик обработать.  **Завершение процедуры**  1.Через 2 часа провести гигиениче­скую ванную, во время мытья осто­рожно удалить корочки.  **2. Уход за ногтями ребенка.**  **Оснащение:** Ножницы с закругленными или загнутыми концами, 70%этиловый спирт, лоток для обработанного материала.  **Обязательное условие:** Ногти подстригать по мере отрастания, но не реже одного раза в 7-10 дней.  **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки, обработать режущую часть ножниц ватным тампоном, смоченным в спирте. 4. Удобно зафиксировать ребенка у себя на руках.   **Выполнение процедуры**   1. Подстричь ногти ребенка:   - на руках округло;  - на ногах прямолинейно.  **Завершение процедуры**   1. Уложить в кроватку.  * **Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку.**   **Гигиеническая ванна (для грудного ребенка).**  **Оснащение:** Ванночка для купания, пеленка для ванны, кувшин для воды, водный термометр, махровая (фланелевая) рукавичка, детское мыло (шампунь), махровое полотенце, стерильное растительное масло (присыпка), чистый набор для пеленания (одежда), расположенные на пеленальном столике, дезинфицирующий раствор, ветошь.  **Обязательные условия:**   1. первую гигиеническую ванну проводить через день после отпадения пуповины; 2. не купать сразу после кормления; 3. при купании обеспечить t в комнате 22-24 °С.   **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Поставить ванночку в устойчивое положение. 4. Обработать внутреннюю поверхность ванночки дезинфицирующим раствором. 5. Вымыть ванночку щеткой и сполоснуть кипятком. 6. Протереть пеленальный столик дезинфицирующим раствором и приготовить на нем пеленки. 7. Положить на дно ванночки пеленку, сложенную в несколько слоев ( края пеленки не должны заходить на боковые стенки ванночки). 8. Положить в ванну водный термометр. 9. Наполнить ванну водой на ½ или 1/3 t воды 36-370С.   ***Примечание:*** при заполнении ванны водой чередовать холодную и горячую воду, при необходимости добавить несколько капель 5% раствора перманганата калия до бледно-розового окрашивания воды.   1. Набрать из ванны воду в кувшин для ополаскивания ребенка. 2. Раздеть ребенка при необходимости подмыть проточной водой.   **Выполнение процедуры**   1. Взять ребенка на руки, поддерживая левой рукой спину и затылок, правой - ягодицы и бедра. 2. Медленно погрузить малыша в воду (сначала ножки и ягодицы, затем-верхнюю половину туловища). 3. Вода должна доходить до уровня сосков ребенка, верхняя часть груди остается открытой. 4. Освободить руку, продолжая левой поддерживать голову и верхнюю половину туловища ребенка. 5. Надеть на свободную руку рукавичку, помыть ребенка в следующей последовательности: голова (от лба к затылку) – шея – туловище - конечности (особенно тщательно промыть естественные складки кожи). 6. Последними обмыть половые органы, межъягодичную область. 7. Снять рукавичку. 8. Приподнять ребенка над водой и перевернуть ребенка вниз лицом. 9. Ополоснуть малыша водой из кувшина (желательно иметь помощника). 10. Накинув полотенце, положить ребенка на пеленальный столик. 11. Осушить кожные покровы промокательными движениями.   **Заключительный этап**   1. Обработать естественные складки кожи стерильным растительным маслом. 2. Одеть ребенка и уложить в кроватку. 3. Использованные пеленки, «рукавичку» поместить в мешок для грязного белья ( рукавичку прокипятить). 4. Слить воду из ванны. 5. Обработать внутреннюю поверхность ванны и рабочую поверхность пеленального стола дезраствором. 6. Вымыть и осушить руки.      * **Лечебной ванны грудному ребенку.**   **Показания:**  - рахит;  - аномалии конституции.  **Оснащение:**  - ванночка для купания;  - пеленка для ванны;  - лечебное средство;  - водный термометр;  - махровая (фланелевая) рукавичка;  - махровое полотенце;  - чистый набор для пеленания (одежда), расположенные на пеленальном столике;  - дезраствор, ветошь.  **Примечание:**  - При аномалиях конституции приготовить для ванны отвар трав (ромашка, череда и др. 1 ст.л. травы на 200 г кипятка), крахмал, пшеничные отруби;  - При рахите возбудимым детям проводят хвойные ванны (1 ч.л. хвойного экстракта на 10 л воды), вялым – соленые ванны (1 ст.л. морской соли на 10 л воды) . **Обязательные условия:**  - не купать сразу после кормления;  - при купании обеспечить температуру в комнате 22-24.  **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Поставить ванночку в устойчивое положение. 4. Обработать внутреннюю поверхность ванночки дезраствором. 5. Вымыть ванночку щеткой и сполоснуть кипятком. 6. Протереть пеленальный столик дезраствором и приготовить на нем пеленки. 7. Положить на дно ванночки пеленку, сложенную в несколько слоев (края пеленки не должны заходить на боковые стенки ванночки). 8. Положить в ванну водный термометр. Наполнить ванну водой на 1/2/ или 1/3 , температура воды 36-37°.   ***Примечание:***  - при заполнении ванны водой чередовать холодную и горячую воду;  - добавить в воду лечебное средство.  Раздеть ребенка, при необходимости подмыть проточной водой.  **Выполнение процедуры**   1. Взять ребенка на руки, поддерживая одной рукой спину и затылок, правой - ягодицы и бедра. 2. Медленно погрузить малыша в воду (сначала ножки и ягодицы, затем - верхнюю половину туловища). Вода должна доходить до уровня сосков ребенка, верхняя часть груди остается открытой. 3. Освободить правую руку, продолжая левой, поддерживать голову и верхнюю половину туловища ребенка. 4. Свободной рукой мыть в следующей последовательности: голова - шея - туловище - конечности (особенно тщательно промыть естественные складки кожи). Последними обмыть половые органы, межъягодичную область. 5. Приподнять ребенка над водой и перевернуть ребенка вниз лицом. Накинув полотенце, положить ребенка на пеленальный стол. Осушить кожные покровы промокательными движениями.   **Заключительный этап**   1. Одеть ребенка и уложить в кроватку Использованные пеленки, «рукавичку» поместить в мешок для грязного белья (рукавичку прокипятить). 2. Слить воду из ванны. 3. Обработать внутреннюю поверхность ванны и рабочую поверхность пеленального стола дезраствором. 4. Вымыть и осушить руки.   ТЕСТ   1. Фруктовые соки дают ребенку первого полугодия жизни   а) перед кормлением грудью  б) после кормления грудью  **в) между кормлениями грудью**  г) только на ночь   1. Яичный желток дают ребенку грудного возраста для обеспечения его   а) белками  б) углеводами  в) водорастворимыми витаминами  **г) жирорастворимыми витаминами**   1. Введение новой пищи, постепенно заменяющей кормление грудью — это   а) докорм  **б) прикорм**  в) искусственное вскармливание  г) смешанное вскармливание   1. Лучшим видом первого прикорма для ребенка с нормальным весом является   а) фруктовый сок  **б) овощное пюре**  в) молочная каша  г) кефир   1. Суточное количество жидкости для кормящей матери (л)   а) 1-1,5  **б) 2-2,5**  в) 3-3,5  г) 4-4,5   1. Профилактическая доза витамина D ребенку составляет (МЕ)   а) 300  б) 400  **в) 500**  г) 800   1. Признаком недокорма грудного ребенка является:   **а) малая прибавка массы тела**  б) частое мочеиспускание  в) обильный стул  г) лихорадка   1. При искусственном вскармливании в кишечнике ребенка преобладают   а) бифидобактерии, лактобактерии  **б) кишечная палочка, энтерококки**  в) стафилококки, пневмококки  г) протей, синегнойная палочка   1. Судороги при спазмофилии у детей обусловлены изменениями в крови   а) повышение уровня железа  б) понижение уровня железа  в) повышение уровня кальция  **г) понижение уровня кальция**   1. Образование "четок" на ребрах, "куриная грудь" наблюдаются при   а) родовой травме  **б) рахите**  в) бронхиальной астме  г) дисбактериозе   1. Симптомы Хвостека и Труссо являются признаками   а) бронхиальной астмы  б) порока сердца  **в) скрытой спазмофилии**  г) дисбактериоза   1. При рахите у ребенка нарушается обмен   а) калия, магния  **б) кальция, фосфора**  в) калия, железа  г) кальция, железа   1. Сдавленный "петушиный" крик на вдохе у ребенка наблюдается при   а) бронхиальной астме  б) бронхите  **в) ларингоспазме**  г) фарингите   1. Фактором риска атопического дерматита у детей является   а) инфекция  б) перегревание  в) переохлаждение  **г) наследственная отягощенность**   1. Манифестации атопического дерматита у детей способствует употребление продукта-гистаминолибератора   а) грудного молока  б) кефира  **в) клубники**  г) яблочного сока   1. Проявлению атопического дерматита у детей способствует избыточное употребление   **а) углеводов**  б) поваренной соли  в) жиров  г) жидкости   1. При аллергическом диатезе у ребенка из питания исключают   **а) цитрусовые**  б) кефир  в) яблочный сок  г) кабачковое пюре   1. Лимфатико-гипопластический диатез у детей характеризуется увеличением лимфатических узлов и   а) сердца  б) щитовидной железы  **в) вилочковой железы**  г) почек   1. При лимфатико-гипопластическом диатезе у детей отмечается гипофункция   а) вилочковой железы  б) поджелудочной железы  **в) надпочечников**  г) печени   1. При нервно-артритическом диатезе у ребенка нарушается обмен   а) белка  б) билирубина  **в) мочевой кислоты**  г) углеводов   1. Характерное проявление нервно-артритического диатеза у детей   **а) приступ рвоты**  б) приступ удушья  в) отеки  г) желтуха   1. При гипотрофии III степени дефицит массы тела ребенка составляет (в %)   а) 5-10  б) 11-20  в) 21-30  **г) свыше 30**   1. При гипотрофии II степени подкожно-жировой слой исчезает   а) на животе  **б) на животе и конечностях**  в) на животе, конечностях и лице  г) только на лице   1. Потливость, облысение затылка у ребенка наблюдаются при   **а) рахите**  б) потнице  в) опрелости  г) менингите   1. Размягчение костей черепа, уплощение затылка у ребенка наблюдаются при   а) менингите  б) менингоэнцефалите  **в) рахите**  г) энцефалите |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 06.052020 | **Тема 4 «Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в гастроэндокринологии»**  Задание «Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возрастав гастроэндокринологии»  Вы работаете в гастроэндокринном отделении. На вашем попечении 2 палаты, где находятся на лечении 4 детей.  **1 .** Мальчик 12 лет с диагнозом: Дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу. Синдром раздраженного кишечника  **2.** Мальчик 14 лет с диагнозом: НР-ассоциированный распространенный гастрит. Язвенная болезнь желудка.  **3.** Ребенок 5 лет, госпитализирован с мамой с диагнозом. Впервые выявленный инсулин-зависимый сахарный диабет, некомпенсированный.  **4.** Девочка 15 лет с диагнозом – Тиреотоксикоз с диффузным зобом средней степени тяжести.   * Составьте план мероприятий по уходу за каждым ребенком   ОТВЕТ:  **1. ДЖВП** – это нарушение двигательной активности или моторики желчного пузыря и желчных путей, что сопровождается неправильным поступления желчи в 12-перстную кишку и может проявляться болями в правом подреберье. Существует 2 основных формы ДЖВП с разной клинической картиной. Диагностика:Скриннинговые методы: Трансабдоминальная ультрасонография органов брюшной полости ([УЗИ](https://www.promedicina.clinic/adult/services/ultrazvukovaya-diagnostika/)); Функциональные пробы печени (определение уровня АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ), панкреатические ферменты в крови и моче; Эзофагогастродуоденоскопия с прицельным осмотром фатерова сосочка.  УЗИ с оценкой функционального состояния желчного пузыря и сфинктера ОДДИ;  Эндоскопическая ультрасонография;  Этапное хроматическое дуоденальное зондирование и т.д.  При гипертонической дискинезии ограничивают употребление продуктов, вызывающих сокращение жёлчного пузыря: жирные, мясные продукты, растительное масло, изделия из жирного теста, пиво, газированные напитки, мороженое. Дети с дискинезией желчевыводящих путей нуждаются в диспансерном наблюдении педиатра, детского невролога и гастроэнтеролога, контроле УЗИ, проведении курсов желчегонной терапии дважды в год, оздоровительном отдыхе в специализированных санаториях. Необходимо следить за питанием и режимом ребенка, его эмоциональным состоянием.  **Принципы лечения в периоде обострения:** **1. Нормализация режима дня.** Для дошкольников обязательно организация дневного сна. Для школьников ночной сон должен быть не менее 9 ч. Исключение стрессовых ситуаций в семье и школе. **2. Коррекция питания.** Диета № 5. Прием пиши дробный 5-6 раз и регулярный. Из рациона исключаются: острые, соленые, маринованные, конченые, жареные продукты; крепкие бульоны, газированные напитки, кофе, какао, шоколад; тугоплавкие жиры; свинина и баранина. При гипертонической форме ДЖВП необходимо также ограничить продукты. усиливающие процессы гниения и брожения в кишечнике: цельное коровье молоко, сдобное тесто, консервы. При гипотонической форме ДЖВП рекомендуется употребление овощей, фруктов и продуктов, богатых пищевыми волокнами: курага, клубника, малина, овсяные хлопья, пшеничные отруби. **3. Лекарственная терапия.** - Спазмолитики для устранения боли: но-шпа. мебеверин. «одестон». - Желчегонные препараты: аллохол, холензим, фламин, хофитол, холаготум, Гепабене, холосас, сорбит, сернокислая магнезия.  - Мотилиум - для повышения тонуса и моторики желчного пузыря и протоков. - Генатопротекторы: Лиф-52, генатофальк, «Гепабене». - Седативные препараты- валериана, пустырник, новоиассит; ноотропы и глицин в тяжелых случаях. **4. Фитотерапия.** Отвары трав цветки бессмертника, кукурузные рыльца, зверобой, мята, календула, валериана. **5. Прием минеральных вод.** Ессентуки № 17, Арзни - при гипотонической форме ДЖВП, Ессентуки № 4, Нарзан №7- при гипертонической форме ДЖВП. **6. Немедикаментозные методы.** Физиотерапевтические процедуры: парафин, озокерит, электрофорез; ЛФК: иглорефлексотерапия; лазеротерапия. В периоде ремиссии проводится диспансерное наблюдение гастроэнтерологом или педиатром в течение 3 лет. Ребенок должен соблюдать диету, щадящий режим дня. Проводятся плановые осмотры гастроэнтерологом (педиатром), санация хронических очагов инфекции и противорецидивное лечение (желчегонные препараты, комплекс витаминов группы В. тюбажи) 2 раза в год весной и осенью: ФТЛ и ЛФК.  **Сестринские вмешательства**   1. Контроль соблюдения лечебно-охранительного режима провести беседу с пациентом/родителями о заболевании и профилактике осложнений, обострения. 2. Объяснить пациенту/родителям о необходимости соблюдения постельного режима, контроль соблюдения. 3. Контролировать наличие горшка в палате для пациента; 4. Предупредить пациента и/или его родителей о том, что ребенок должен мочиться в горшок. Посещение туалета временно запрещено. 5. Рекомендовать родителям принести любимые книжки, игрушки 6. Влажная уборка и регулярное проветривание. 7. Смена постельного, нательного(если нужна помощь) белья; 8. Проведение беседы с пациентом и/или родителями об особенностях питания, о необходимости соблюдения диеты, контроль соблюдения диеты. 9. Выполнять назначения врача. 10. Контроль физиологических отправлений (цвет, запах, количество, консистенция). 11. Контроль за состоянием пациента (АД, ЧСС,ЧДД, температура тела)   **2. Hp-ассоциированный гастрит (воспаление слизистой оболочки желудка)** — заболевание, вызванное присутствием и жизнедеятельностью в желудке бактерии Helicobacter Pylori.  Является хроническим гастритом типа В  **Язвенная болезнь** – хроническое, циклически протекающее заболевание желудка или двенадцатиперстной кишки с образованием в периоды обострения язв.  **Лечение хронического гастрита**   |  | | --- | | *Хронический гастрит типа В* | | Механическое, химическое, термическое щажение слизистой желудка | | Столы № 1а – 1б – 1  Исключающий средства повышающие секрецию желуд. сока (соки, бульоны) | | *Диета* | | Маломинерализированные щелочные мин. воды (Боржоми, Саирме, Славянская). В подогретом виде (до 40˚) ½ стак. 3 раза в день через 30-40 мин. после еды | | *Лекарственная терапия* | | Антибактериальная терапия: ДЕ-НОЛ + тетрациклин + трихопол | | Ингибиторы желудочной секреции: циметидин, ранитидин, гастроцепин | | Антациды: альмагель, фосфалюгель | | Пленкообразующие препараты: вентер, сайотек, биогастрон | | Холинолитики: метацин, платифиллин |   **Диспансеризация**  Осмотры пациентов проводятся 1-2раза в год и при необходимости дополняются гастроскопией с биопсией, особенно в случаях атрофического гастрита и болезни Менетрие.  **Лечение**  **Общие указания**  1. Диета: регулярный прием пищи, с исключением только блюд, вызывающих или усиливающих жалобы. Ограничить употребление кофе и крепкого алкоголя.  2. Избегать НПВП либо включить одновременное применение гастропротекторного лечения.  **Лечение инфекции H. pylori**  Лечение указывается в любом случае подтвержденной инфекции.  **1. Схема**, предпочитаемая в странах с количеством штаммов H. pylori, устойчивых к кларитромицину, ≥15-20% — т. н. четверная терапия с висмутом; в течение 14 дней следует применять:  1) ингибитор протонной помпы (ИПП): эзомепразол 20 мг 2 × в день, лансопразол 30 мг 2 × в день, омепразол 20 мг 2 × в день, пантопразол 40 мг 2 × в день, рабепразол 20 мг 2 х в день и  2) висмут 120 мг 4 × в день (доза в пересчете на оксид висмута) и 2 антибиотика — стандартно метронидазол 500 мг 3 × в день и тетрациклин 500 мг 4 × в день; также доступен препарат, содержащий в одной капсуле висмут (40 мг в пересчете на оксид висмута), 125 мг метронидазола и 125 мг тетрациклина для использования по 3 капс. 4 × в день. Другие антибиотики: амоксициллин 500 мг 4 × в день, фуразолидон, рифабутин.  **2. Схема** второго выбора в случае недоступности вышеуказанного — т. н. четверная терапия без висмута: следует применять в течение 14 дней ИПП (как выше) + амоксициллин 1 г 2 × в день, + кларитромицин 500 мг 2 × в день + метронидазол 500 мг 2 × в день или тинидазол 500 мг 2 × в день.  **3. В странах с редко наблюдающейся устойчивостью H. pylori к кларитромицину** его в дальнейшем можно использовать в лечении первого выбора в рамках классической тройной терапии (в течение 14 дней ИПП + 2 из 3 антибиотиков: кларитромицин , амоксициллин и метронидазол в дозах как выше; взвесьте удвоение дозы ИПП, чтобы увеличить эффективность). В остальных странах не следует применять схем с кларитромицином, если не доказано чувствительности H. pylori.  **4. Эмпирическое лечение второго выбора в случае неудачной эрадикации:**  1) после неудачной четверной терапии с висмутом → левофлоксацин, обычно 500 мг/сут + амоксициллин + ИПП (дозы смотрите выше);  2) после неудачных схем с кларитромицином → четверная терапия с висмутом или схема с левофлоксацином (смотрите выше).  В случае второй неудачи → лечение в соответствии с определенной антибиотикочувствительностью H. pylori (или четверная терапия с висмутом, если ранее не применялась).  Толерантность лечения может улучшить применение пробиотиков, напр. Saccharomyces boulardii (наиболее документально подтвержденная эффективность), Lactobacillus spp., Bifidobacterium spp.  **Сестринские вмешательства**   1. Следить за соблюдением диеты пациентом. 2. Провести беседу с родственниками о необходимости поддерживать пациента в соблюдении предписанной врачом диеты (№1 или №2) 3. Провести беседу с пациентом о профилактике обострений 4. Объяснить и подготовить пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям по назначению врача. 5. Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов. 6. Показан постельный режим. 7. Избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться. 8. Ограничение физической нагрузки. 9. Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки. 10. Необходимо наблюдать за частотой пульса, артериальным давлением, температурой тела, переносимостью пищи, стулом (частота, консистенция). 11. Для профилактики развития хронического гастрита больному рекомендуется рациональное питание, избегать злоупотребления спиртными напитками, курением.   **3.** Сахарный диабет – заболевание, в основе которого лежит абсолютная или относительная недостаточность инсулина, приводящая к нарушению всех видов обмена веществ. Лабораторная диагностика. При лабораторном исследовании в крови обнаруживаются гипергликемия, кетонемия, ацидоз; в моче — высокая плотность, глюкозурия, кетоновые тела. Колебания сахара в моче (крови) можно установить по глюкозурическому (гликемическому) профилю. Для ориентировочного определения гликемии (экспресс методы диагностики) можно пользоваться индикаторными полосками ―декстонал, ―декстростикс, для определения сахара в моче применяются ―Глюкотест, ―Мультистикс; кетоновые тела в моче определяют с помощью ―Кетостикса. Средства мониторинга глюкозы: прибор Continious Glucose Monitoring System, CGMS. Крепится на поясе и с помощью подкожного сенсора (меняется каждые 3 дня) мониторирует уровень глюкозы крови.  2. Инсулиновая помпа: небольшой компьютер, с помощью которого вводится непрерывно ультракороткий инсулин через небольшой пластмассовый катетер в подкожножировую клетчатку.  3. Искусственная поджелудочная железа»: устройство, объединяющее систему непрерывного мониторинга глюкозы и инсулиновую помпу; полностью воспроизводит функцию β-клеток. **ЛЕЧЕНИЕ.** В лечении манифестной стадии заболевания используется заместительная терапия препаратами инсулина в сочетании с диетой и дозированной физической нагрузкой. Питание больных с учетом пожизненной терапии должно быть строго сбалансированным и физиологическим по калорийности, содержанию белков, углеводов, витаминов, минеральных веществ (стол №9). Особенностью диеты является исключение легкоусвояемых углеводов — сахара, конфет, пшеничной муки, макаронных изделий, манной, рисовой круп; крахмала, винограда, бананов, хурмы. Рекомендуется их замена на углеводы, содержащие большое количество клетчатки, замедляющей всасывание глюкозы (ржаная мука, гречневая, пшенная, перловая, овсяная крупы, картофель, капуста, морковь, свекла). Сахар заменяют сорбитом или ксилитом. Показано умеренное ограничение жиров, особенно животного происхождения. Необходимым условием диетотерапии является шестиразовое питание, которое состоит из трех основных приемов пищи (завтрак, обед и ужин по 25% суточной калорийности) и трех дополнительных (второй завтрак и полдник по 10%, второй ужин — 15% суточной калорийности).  **Особенности ухода за больным сахарным диабетом.** Уход за ребенком требует тщательного туалета кожи и слизистых оболочек. Больным ежедневно проводится гигиеническая ванна, для мытья используется губка, а не мочалка во избежание нарушения целостности кожи. Рекомендуется мыло со смягчающим действием детское, глицериновое, ланолиновое. Больные нуждаются в частой смене нательного и постельного белья. Необходим тщательный уход за полостью рта. Большого внимания требует гигиена ног. Ноги ребенка следует промокать мягким полотенцем, тщательно просушивая промежутки между пальцами. После мытья ног необходимо осторожно обрезать ногти так, чтобы они не выходило за пределы ногтевого ложа. Носки или колготки меняют не реже 1 79 раза в 2 дня, летом ежедневно. Обувь должна быть свободной, не натирать ноги и закрывать пальцы. Появление молочницы, стоматита, опрелостей, пиодермии, грибковых заболеваний требует своевременного лечения и тщательного ухода. 1.Сестра осуществляет контроль за лечебным питанием больного, контролирует передачи, при необходимости проводит с родственниками разъясняющие беседы о значении лечебного питания и возможных последствиях нарушения диеты. Для сведения родственников на информационном стенде указывается перечень разрешающих продуктов и их допустимое количество. С целью выявления продуктов, не соответствующих лечебному столу, сестра ежедневно проверяет продукты, хранящиеся в прикроватных тумбочках холодильнике. Получает на ночь пищу для оказания неотложной помощи больным в случае развития гипогликемических состояний. 2.Осуществляется постоянное наблюдение за больными, включая ночное время. Учитывает при этом, что в 3-4 ч ночи уровень гликемии наиболее низкой, между 5-8 ч утра - наиболее высок. 3. Умеет выявлять клиническое признаки коматозных состояний и оказывать помощь. 4. Владеет методикой экспресс — диагностики.  5. Знает основные правила хранения и введения инсулина. 6. Контролирует посещение больными школы диабета (Посветить об этой школе маму/родственников, о том как важно посещать школу, улучшение состояния, риски осложнения и тд.)  7. Присутствует при выполнении больными первых самостоятельных инъекций с целью своевременного устранения допускаемых ошибок.  **Диспансерное наблюдение**  1. Наблюдение участкового педиатра и эндокринолога до передачи во взрослую сеть. Ежемесячные осмотры.  2. Лечение бесплатное  3. Обучение родителей и ребенка методам компенсации СД в «Школе сахарного диабета» самоконтролю сахара крови, мочи, ацетона в моче.  4. При диабете более 5 лет – тщательный контроль за АД, мочи на белок (МАУ), исследование глазного дна, прозрачных сред глаза  5. Периодические (каждые 6 – 12 месяцев) обследования и коррекция доз инсулина  6. Осмотр окулиста, невролога, стоматолога, ЭКГ, санация очагов инфекции 2 раза в год.  7. Контроль динамики веса и роста.  8. информировать воспитателей и учителей о болезни ребенка.  9. Ограничение физических и психических нагрузок, укороченная учебная неделя, освобождение от экзаменов, физкультуры, но умеренные регулярные физические нагрузки (уменьшают потребность в инсулине) через час после приема пищи.  10. Санаторно-курортное лечение (г. Есентуки) подростков (доза инсулина не более 0,5 ед на кг массы)  Критерии эффективности наблюдения:  • нормализация показателей углеводного обмена; • отсутствие острых состояний и сосудистых осложнений;  • нормальные размеры печени;  • правильное половое и физическое развитие. **Профилактика.** Заключается в наблюдении за детьми группы риска, рациональном их питании, предупреждении инфекционных заболеваний, психических и физических травм, ведении активного образа жизни.  **4.**  Различают формы течения тиреотоксикоза:  • легкую;  • среднюю;  • тяжелую  Формы, как правило, не совпадающие с размерами железы. По мере утяжеления болезни - учащается пульс, растет потеря массы тела, усиливаются основной обмен, признаки офтальмопатии. **Диагностика.** Диффузное увеличение щитовидной железы можно диагностировать уже при пальпации, а иногда и при осмотре шеи. Для получения достоверной информации об объѐме, размерах и структуре этого эндокринного органа необходимо проведение еѐ ультразвукового исследования. Подтверждается при определении повышенного уровня тиреоидных гормонов, в то же время уровень ТТГ в норме или снижен; при диффузном нетоксическом зобе уровни Т3 и Т4 нормальные или умеренно снижены, а содержание ТТГ повышено.  **Лечение/Сестринский уход:**  Терапия может быть консервативной и хирургической.  Цель первой — нормализовать уровни Т3 и Т4 тиреостатиками и оказать иммунодепрессивное воздействие на щитовидную железу. Назначают мерказолил и его аналоги (тиамазол, неомерказол и др.). Мерказолил дают в течение 2—6 нед из расчета 15—20 мг/м2 или 0,5—1 мг/кг на 3 приема в сутки. Далее дозу снижают каждые 1—2 нед по 5— 10 мг до поддерживающей, которая составляет 2,5—5 мг, и ребенок продолжает ее получать 6—12 мес под контролем клинических показателей уровня гормонов в крови.  Санаторно-курортное лечение до снятия тиреотоксикоза не показано, но по достижении эутиреоза больных можно направлять в местные санатории в любое время года, а в южные — только с октября по май. Больным рекомендуют теплый душ, обтирания теплой водой, солено-хвойные ванны, утреннюю гимнастику. Если зоб большой, располагается загрудинно, имеет узлы, если возник рецидив тиреотоксикоза, если зоб вызывает компрессию соседних органов, если имеется непереносимость тиреостатиков, показано хирургическое лечение. Ему обязательно должна предшествовать тиреостатическая терапия до возвращения больного ребенка к статусу эутиреоза.  - При диффузном токсическом зобе детей госпитализируют.  - Из диеты больных детей исключают «возбуждающие» продукты (кофе, острые и пряные блюда), продукты, богатые йодом. Организация правильного питания ребёнка.  - Больным нужен физический и психический покой. - Влажная уборка, проветривание помещения каждые 2-3 часа. - Обеспечить проведение необходимых исследований. - Провести беседу с матерью о правилах кормления ребёнка, о заболевании.  - Контроль за стулом ребёнка. - Прогулки на свежем воздухе (если в условии стационара возможна и состояние ребенка позволяет) - Контроль приёма лекарственных препаратов. - Контроль за состоянием: температуры тела, АД, ЧСС, ЧДД. - Обеспечить гигиену ребёнка. - Смена нательного и постельного белья.  В зависимости от степени увеличения щитовидной железы, а также от компенсаторных возможностей детского организма применяют один из нескольких вариантов консервативной терапии, основной задачей которой является предупреждение дальнейшей гиперплазии клеток щитовидной железы.  Правильно проведенное лечение при диффузном токсическом зобе у многих больных обеспечивает выздоровление. Отношение к операции на щитовидной железе у детей и подростков сдержанное: резекция ее чревата развитием в будущем гипотиреоза. Лучше оперировать после 15—16 лет. Субтотальное удаление щитовидной железы может быть причиной развития гипотиреоза, что требует пожизненной заместительной терапии.  Составьте чек листы следующих манипуляций:   * Измерение артериального давления   **Цель:** оценка состояния сердечно - сосудистой системы и общего состояния пациента  **Показания:** контроль за состоянием пациента  **Противопоказания:** нет  **Подготовка пациента:**  психологическая подготовка пациента  объяснить пациенту смысл манипуляции  **Алгоритм действий:**  1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния  2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца  3. Подложить валик или кулак под локоть пациента  4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец)  5. Найти пальпаторно на локтевой аптерии пульсацию, приложить фонендоскоп  6. Соединить манжету с тонометром  7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того  8. С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки  9. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление  10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление.  11. Для получения точных результатов измерить давление 3 раза на разных руках  12. Взять минимальное значение А\Д и записать данные в лист динамического наблюдения   * Забор кала на копрограмму, яйца глистов   1. Копрограмму  **Оснащение:**одноразовая ёмкость для сбора кала; шпатель; направление в лабораторию; полиэтиленовый пакет; судно (горшок); латексные перчатки.  **Подготовка к манипуляции**  1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования.  2. Уточнить согласие пациента на процедуру.  3. Объяснить (или дать письменную инструкцию) состав диеты (содержащей точно дозированные определенные наборы продуктов), назначенной врачом за 4-5 дней до исследования (исключить мясо, рыбу, яблоко, зелень).  4. Обучить пациента технике сбора кала на исследование.  **ОБЯЗАТЕЛЬНО:**  Постановка клизм, приём слабительных, приём внутрь красящих веществ, железа, висмута, бария исключается!  5. Приготовить специальную одноразовую емкость с крышкой (крышка должна герметично закрывать емкость).  Исключено применение коробочек и других, не моющихся емкостей!  6. Оформить направление.  **Выполнение манипуляции**  1. В день исследования пациент должен опорожнить кишечник в судно или горшок (без воды!), а не в унитаз.  2. Надеть перчатки перед взятием фекалий.  3. Взять кал шпателем из нескольких участков без примесей мочи, воды в количестве 5-10 гр., непосредственно после дефекации. Поместить кал в приготовленную ёмкость.  4. Закрыть крышкой ёмкость с фекалиями.  **Завершение манипуляции**  1. Положить использованный шпатель в полиэтиленовый пакет.  Снять перчатки и положить их в тот же полиэтиленовый пакет.  2. Завязать пакет и выбросить.  3. Провести деконтаминацию рук.  4. Своевременно доставить в лабораторию ёмкость с фекалиями и направлением на исследование, прикрепив его к ёмкости.  2. Яйца глистов  **Оснащение:**1 пара стерильных перчаток, ёмкость с дезинфицирующим раствором для перчаток, лоток для использованного инструментария, шпатель, бланк-направление, горшок, чистая сухая посуда.  **Подготовка к манипуляции:**  1. Объяснить ход манипуляции ребёнку или маме, получить информированное согласие.  2. Выписать направление на анализ.  3. Приготовить чистый горшок, обдать кипятком, остудить.  4. Посадить ребёнка на горшок для акта дефекации.  5. Провести санитарную обработку рук, надеть перчатки.  **Выполнение манипуляции:**  1. Взять на исследование свежевыделенный кал непосредственно после дефекации шпателем из нескольких участков 5-10 гр. без примесей мочи и воды в чистую сухую стеклянную посуду.  2. Закрыть крышкой.  3. Доставить кал в лабораторию в течении 1 часа или в течение 12 часов при хранении в холодильнике (Т 4-6 градусов).  4. Спросить о самочувствии пациента или убедиться, что пациент не испытывает неудобств.  **Завершение манипуляции:**  1. Подвергнуть изделия медицинского назначения многоразового или одноразового использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции и предстерилизационной очистке.  2. Снять перчатки, поместить в контейнер для отходов класса В  3. Вымыть и осушить руки.   * Забор кала на бак исследование, скрытую кровь   1. Бак исследования: **Цель:**диагностическая.  **Показания:**  1.Подозрение на кишечные инфекции.  2.Контактные с больными кишечными инфекциями.  3.Обследование декретированных групп.  **Противопоказания:**  1. Кровотечения из прямой кишки.  2. Геморрой в фазе обострения.  3. Трещины ануса.  4. Выпадение слизистой прямой кишки.  **Подготовить:**  1. Стерильную стеклянную баночку с широким горлом.  2. Деревянный шпатель.  3. Горшок, подкладное судно.  4. Салфетки.  5. Стерильную пробирку с петлей и раствором консерванта.  6. Перчатки.  7. Емкость с дезинфицирующим раствором.  8. Направление в лабораторию.  **Подготовка пациента:**  1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход исследования, получить согласие на проведение манипуляции.  2. Пациента уложить лежа на левый  бок, ноги согнуты в коленях и приведены к животу.  **Техника выполнения:**  ***При заборе кала из прямой кишки:***  1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  2. В левую руку взять пробирку с консервантом между 5 и 4 пальцами, 1 и 2 пальцем развести ягодицы пациента.  3.Петлю вынуть из пробирки и осторожно ввести в прямую кишку на 3-4 см., сначала по направлению к пупку, а затем параллельно крестцу, также осторожно извлечь.  4. Материал погрузить в стерильную пробирку в консервант в соотношении 1/3.  ***При заборе кала из горшка и подкладного судна:***  1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  **2*.*** Стерильным деревянным шпателем, лучше с верхушки каловых масс, собрать кал в количестве 1-2г, причем по возможности отобрать слизь и гной (но не кровь).  3.Материал поместить в стерильную баночку, закрыв её крышкой.  **Последующий уход:**  1. Обработать анальное отверстие, при необходимости подмыть пациента.  2. Провести обработку рук.  3. Оформить направление.  4. Доставить кал в лабораторию.  **Возможные осложнения:**  1.Травматизация.  2.Инфицирование.  **Примечания:**  1. Горшок, подкладное судно, предварительно обрабатывается антисептиком и хорошо промываются горячей водой.  2. Забор материала может быть осуществлен во время ректороманоскопии с помощью стерильного ватного тампона с последующим посевом на среду.  3 Собранный материал доставляется в лабораторию без промедления. Допускается хранение в консервирующей жидкости материала до 24 часов. При температуре +2- 4°С в зависимости от типа возбудителя. Высеваемость патогенных м/о возрастает если посев испражнений производится непосредственно в отделении на плотные питательные среды  2. Скрытая кровь:  **Цель**: Выявление скрытого кровотечения из органов ЖКТ.  **Показания**: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гиперацидный гастрит и другие заболевания ЖКТ.  **Оснащение**: Стеклянный пузырек либо другая специальная емкость с палочкой (шпателем).  **Техника взятия кала для исследования на скрытую кровь**  1. В течение 3 сут из рациона питания пациента исключают продукты, содержащие железо, йод и бром: мясо и мясные изделия, рыбу и рыбные изделия, все зеленые овощи и фрукты, все овощи, окрашенные в красный цвет, гречневую кашу, а также продукты, травмирующие слизистую оболочку рта (карамель, орехи, сушки, сухари). Не рекомендуется чистить зубы щеткой, для поддержания гигиены полости рта пациенту предлагают раствор натрия гидрокарбоната или калия перманганата.  2. На период подготовки излечения исключают (и предупреждают об этом пациента) препараты, содержащие микроэлементы железа, йода и брома.  3. Определяют день забора кала и в этот день с 6.00 до 7.00 необходимо опорожнить кишечник в горшок, избегая попадания в него мочи, а затем палочкой положить небольшое количество кала в пузырек (примерно половину пузырька).  4. Отправляют кал на исследование.   * Проведение очистительной и лекарственной клизмы   1. Очистительная клизма:  **Цель:**   * добиться отхождения каловых масс.   **Оснащение:**   * резиновые перчатки, фартук; * клеенка, пеленка; * резиновый баллончик (№ 1-6) с наконечником; * емкость с водой комнатной температуры (20-22оС); * вазелиновое масло; * лоток для отработанного материала; * полотенце; * горшок.   Этапы  **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить все необходимое оснащение. 3. Постелить клеенку накрыть ее пеленкой. 4. Выложить полотенце для подсушивания ребенка после процедуры. 5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 6. Взять резиновый баллончик в правую руку выпустить из него воздух набрать в него воду температуры 20-22о.   ***Примечание****:* необходимое количество воды:   * новорожденному – 25-30 мл; * грудному 50-150 мл; * 1-3 года – 150-250 мл.  1. Смазать наконечник вазелиновым маслом методом полива.   **Выполнение процедуры**   1. Уложить ребенка на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах, прижать к животу.   ***Примечание*:** ребенка в возрасте до 6 месяцев положить на спину, приподнять ноги вверх.   1. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении. 2. Расположив резиновый баллон наконечником вверх нажать на него снизу большим пальцем правой руки и до появления воды. 3. Не разжимая баллончика ввести наконечник осторожно без усилий в анальное отверстие и продвинуть в прямую кишку вначале к пупку, а затем преодолев сфинктеры параллельно копчику. 4. Медленно нажимая на баллон снизу ввести воду, и не разжимая его извлечь наконечник из прямой кишки одновременно левой рукой сжать ягодицы ребенка. 5. Баллон поместить в лоток для отработанного материала. 6. Уложить ребенка на спину, прикрыв промежность пеленкой (до появления стула или позывов на дефекацию).   **Завершение процедуры**   1. Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить полотенцем промокательными движениями. 2. Одеть, уложить в постель. 3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор. Вымыть и осушить руки.   2. Лекарственная клизма:  **Цель:**   * ввести лекарственный препарат через прямую кишку и обеспечить его всасывание.   **Оснащение:**   * резиновые перчатки, фартук; * клеенка, пеленка; * резиновый баллончик (№ 1-2); * емкость с лекарственным препаратом в изотоническом растворе; * вазелиновое масло; * лоток для отработанного материала; * полотенце (пеленка); * газоотводная трубка; * марлевая салфетка.   Этапы  **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить все необходимое оснащение. 3. Постелить клеенку накрыть ее пеленкой. 4. Выложить полотенце (пеленку) для подсушивания ребенка после процедуры. 5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 6. Подогреть лекарственный препарат до 37–380 и набрать его в резиновый баллончик. 7. Смазать конец газоотводной трубки вазелиновым маслом методом полива.   **Выполнение процедуры**   1. Уложить ребенка на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах, прижать к животу.   ***Примечание****:* ребенка в возрасте до 6 месяцев положить на спину, приподнять ноги вверх.   1. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении. 2. Пережав свободный конец газоотводный трубки, ввести ее осторожно без усилий в анальное отверстие и продвинуть ее в прямую кишку на 2/3 ее длины, направляя, в начале, к пупку, а затем, преодолев сфинктеры, параллельно копчику. 3. Расположив резиновый баллон наконечником вверх, нажать на него снизу большим пальцем правой руки до появления воды. Не разжимая баллончик, присоединить его к газоотводной трубке. 4. Медленно нажимая на баллон снизу, ввести лекарственный раствор, и не разжимая его отсоединить от газоотводной трубки, предварительно пережав её свободный конец. 5. Баллон поместить в лоток для отработанного материала. 6. Извлечь газоотводную трубку из прямой кишки, пропустив ее через салфетку (газоотводную трубку и салфетку положить в лоток для отработанного материала). 7. Левой рукой сжать ягодицы ребенка на 10 минут. 8. Уложить ребенка на живот.   **Завершение процедуры**   1. Обработать перианальную область тампоном, смоченным вазелиновым маслом. 2. Одеть ребенка уложить в постель, проследить, чтобы ребенок находился в горизонтальном положении в течение 30 мин. после проведения процедуры. 3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор. Вымыть и осушить руки.  * Введение газоотводной трубки   **Показания:** метеоризм.  **Противопоказания:** выпадение прямой кишки, острые воспалительные, гнойные, язвенный процессы в области заднего прохода и толстой кишки, трещины заднего прохода и его зияние, опрелости в области заднего прохода 2-3 степени, перитонит, желудочно-кишечные кровотечения, первые дни после операции на органах брюшной полости.  **Оснащение:**  А - стерильные: газоотводная трубка, лоток, салфетки, пинцет, перчатки;  Б - лоток с водой, вазелин, вазелиновое масло, растительное масло, марлевые шарики, присыпка или детский крем, 3 пеленки, клеенка, дез.раствор.  **Техника введения газоотводной трубки:**  **Подготовка к процедуре**:  1. Положите на пеленальный столик последовательно сверху вниз: - пеленку - клеенку - пеленку;  2. Проверьте наличие на рабочем месте баночки с вазелином, стакан с водой, марлевых тампонов;  3. Проведите психологическую подготовку ребенка (мамы), объясните ход процедуры;  4. Вымойте руки;  5. Наденьте перчатки;  6. Возьмите пинцетом стерильный лоток: - положите стерильную салфетку; - возьмите стерильную газоотводную трубку и положите в салфетку; - поставьте лоток на пеленальный столик; - распеленайте или разденьте ребенка; - уложите его на спину или левый бок, согнув ноги в тазобедренном и коленных суставах.  ВНИМАНИЕ! Перед постановкой газоотводной трубки сделайте очистительную клизму.  **Выполнение процедуры:**  1. Возьмите правой рукой газоотводную трубку, закругленный конец ее смажьте вазелином или маслом (метод полива).  2. Раздвиньте ягодицы ребенка 1-2 пальцем левой руки, правой рукой, вращательными движениями без усилий введите газоотводную трубку в прямую кишку на 8-10 см (для ребенка первых месяцев жизни) так, чтобы наружный конец ее выступал из заднего прохода.  3. Опустите наружный конец газоотводной трубки в стакан с водой. 4. проверьте отхождение газов по наличию пузырьков в воде. 5. Накройте ребенка пеленкой. 6. Оставьте газоотводную трубку на 20-30 мин, пока не отойдут газы.  7. Примечание: в течение 30 минут проведите ребенку легкий массаж живота по часовой стрелке через согретую пеленку. 8. Через 30 минут осторожно удалите газоотводную трубку из прямой кишки. 9. Положите газоотводную трубку в дез.раствор.  **Окончание процедуры:**  1. Обработайте после удаления газоотводной трубки окружность заднего прохода марлевым шариком, обработайте кожу в области заднего прохода детской присыпкой или кремом,  2. Запеленайте или оденьте ребенка, положите в кроватку.  Инфекционный контроль:  1. Снимите перчатки и погрузите их в 3% р-р хлорамина на 60 минут,  2. Газоотводную трубку замочить в 3% р-ре хлорамина на 60 минут.  3. Клеенку протереть двукратно 1% р-м хлорамина,  4. Обработайте руки на гигиеническом уровне.  ***Примечание:*** через 3 часа процедуру можно повторить.   * Проведение фракционного желудочного зондирования   **Цель:**   * определить кислотность желудочного сока.   **Оснащение:**   * резиновые перчатки; * стерильный желудочный зонд, полотенце; * капустный отвар, подогретый до 39-400С; * стерильный шприц в лотке, зажим, кипяченая вода; * штатив с 10 пробирками, пронумерованными от 0 до 9; * резиновая емкость для остатков желудочного содержимого, пробного завтрака; * часы; * бланк – направление в клиническую лабораторию; * лоток для обработанного материала.   **Обязательное условие:**   * проводить процедуру натощак; * приготовить капустный отвар накануне вечером по следующему рецепту: 0,5кг капусты + 0,5л. воды, кипятить 0,5 часа после закипания, затем настоять 0,5 часа и процедить.   **Этапы**  **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Выписать направление в клиническую лабораторию. 4. Вымыть осушить руки, надеть перчатки. 5. Усадить ребенка; измерить зондом расстояние от мочки носа и от кончика носа до конца мечевидного отростка. 6. Сделать метку на зонде   **Выполнение процедуры**   1. Взять зонд правой рукой на расстоянии 12-15 см от «слепого» конца, а левой рукой поддерживать его свободный конец. 2. Смочить «слепой» конец зонда кипяченой водой методом полива. 3. Предложить ребенку открыть рот и положить «слепой» конец зонда по средней линии на корень языка. 4. Предложить ребенку закрыть рот, глубоко дышать и делать глотательные движения. 5. Во время глотательных движений ввести зонд до метки.   ***Примечание****:* если ребенок во время введения зонда начал кашлять, задыхаться, немедленно извлечь зонд.   1. Завести зонд за зубы указательным пальцем правой руки. 2. Попросить ребенка сжать зубы и не разжимать их до конца зондирования. 3. Уложить ребенка на левый бок. 4. Дать полотенце и попросить сплевывать в него слюну в течение всего времени проведения процедуры. 5. Опустить свободный конец зонда в 0 пробирку и собрать в нее остатки желудочного содержимого   ***Примечание*:** при большом его количестве – использовать дополнительную емкость.   1. При прекращении истечения остатков желудочного содержимого (определяется по истечению мутности, различных примесей), наложить зажим или завязать зонд на 15 мин. 2. Через 15 мин. снять зажим, развязав зонд, собрать желудочный сок самотеком или с помощью шприца в одну пробирку. 3. Вновь наложить зажим завязать зонд на 15 мин., после чего снять его и собрать желудочный сок в пробирку 2. Аналогично собрать желудочный сок в пробирку 3 и 4. 4. Ввести в желудок через зонд с помощью шприца теплый пробный завтрак (капустный отвар) и завязать зонд на 15 мин.   ***Примечание****:* количество капустного отвара определяется по формуле n\* 10, где n – число лет ребенка.   1. Через 15 мин. развязать зонд и собрать в пробирку 5 остатки пробного завтрака 2. После их истечения наложить зажим на зонд, завязать на 15 мин. 3. Через 15 мин. снять зажим, развязать зонд и собрать желудочный сок самотеком или с помощью шприца в 6 пробирку. 4. Вновь наложить зажим, завязать зонд на 15 мин., после чего снять его и собрать желудочный сок в пробирку 7. Аналогично собрать желудочный сок в пробирку 8 и 9. 5. Быстрым движением извлечь зонд из желудка. 6. Поместить зонд в лоток.   **Завершение процедуры**   1. Весь использованный инструментарий подвергнуть дезинфекции. 2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки . 3. Организовать транспортирование полученного материала (в биксе) в лабораторию с направлением на не позднее 2 часов после сбора.  * Проведение фракционного дуоденального зондирования   **Цель:**   * определить тип дискинезии желчевыводящих путей; * обнаружить лямблии.   **Оснащение:**   * резиновые перчатки; * стерильный дуоденальный зонд с оливой, полотенце; * 33% раствор сернокислой магнезии, подогретой до 39-400С; * стерильный шприц в лотке, кипяченая вода; * штатив с промаркированными пробирками: А-1 шт., В-5 шт., С-1 шт.; * набор резервных пробирок; * грелка, заполненная теплой водой и обернутая полотенцем или щеткой, 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.   Этапы  **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить необходимое оснащение, выписать направление в клиническую лабораторию. 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 4. Усадить ребенка, сделать первую метку на зонде, измерив зондом расстояние от мочки уха до кончика носа до конца мечевидного отростка. Сделать вторую метку на зонде, измерив расстояние от конца мечевидного отростка до пупка + 2 см.   **Выполнение процедуры**   1. Взять зонд правой рукой на расстоянии 10-15см от «слепого» конца, смочить его кипяченой водой методом полива. 2. Предложить ребенку открыть рот и положить слепой конец зонда по средней линии на корень языка. 3. Предложить ребенку закрыть рот, глубоко дышать и делать глотательные движения. Во время глотательных движений ввести зонд до 1 метки. 4. Примечание: если во время введения ребенок начал кашлять, задыхаться, немедленно извлечь зонд. 5. Уложить ребенка на правый бок на грелку, обернуть полотенцем или пеленкой, сложенной в 4 слоя. Опустить свободный конец зонда в емкость, предназначенную для сбора желудочного содержимого во время продвижения зонда. 6. Предложить ребенку самостоятельно во время глотательных движений медленно в течение 20-30 мин. продвинуть зонд до второй метки. 7. Завести зонд за зубы указательным пальцем правой руки. Попросить ребенка сжать зубы и не разжимать их до конца зондирования. 8. 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). 9. С помощью шприца ввести через зонд теплый раствор сернокислой магнезии в количестве 20-30 мл. Зафиксировать время ее введения, подняв свободный конец зонда зажать на 1-2 минуты. 10. Разжать зонд и опустить его свободный конец в одну пробирку В. Зафиксировать на бумаге время появления порций. 11. Собрать «пузырную порцию» В по 5 минут в 4 пробирки, а в 5 пробирке оставить зонд до изменения цвета желчи. 12. Примечание: при большом количестве порции «В» добавить для ее сбора резервные пробирки. Зафиксировать время появления печеночной порции "С". 13. Собрать 5-10 мл. печеночной порции С. 14. Быстрым движением извлечь зонд из желудка через полотенце. Поместить зонд в лоток.   **Завершение процедуры**   1. Весь инструментарий подвергнуть дезинфекции. 2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки. 3. Организовать транспортирование полученного материала (в бокс) в лабораторию в сопровождении направления.   ТЕСТ   1. Наиболее частый признак заболеваний органов пищеварения у детей   **а) боль в животе**  б) нарушение аппетита  в) диарея  г) потеря массы тела   1. Ведущее значение в ранней диагностике заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей принадлежит   а) рентгенографии  **б) ФГДС**  в) лабораторным исследованиям  г) УЗИ   1. Из питания ребенка с обострением язвенной болезни исключают   **а) мясные и рыбные бульоны**  б) молочные и слизистые супы  в) молоко и творог  г) сливочное и оливковое масло   1. Препарат, влияющий на хеликобактерные микроорганизмы, для лечения язвенной болезни у детей   а) циметидин  **б) де-нол**  в) платифиллин  г) метоклопрамид   1. При явлениях тошноты, рвоты рекомендуют   а) циметидин  б) де-нол  в) платифиллин  **г) церукал**   1. Локализация боли при дискинезии желчевыводящих путей у детей   **а) правое подреберье**  б) правая подвздошная область  в) эпигастральная область  г) околопупочная область   1. Метод исследования при подозрении на дискинизию желчевыводящих путей   **а) УЗИ желчных протоков, холецистография**  б) эндоскопия  в) фракционно-желудочное зондирование  г) изотопный   1. При хроническом гепатите ребенку назначают диету № 5   **а) с дополнительным введением животного белка**  б) с дополнительным введением растительного белка  в) с ограничением животного белка  г) с ограничением растительного белка   1. Перед подготовкой к УЗИ органов брюшной полости за три дня рекомендуют исключить продукты   а) отварное мясо  **б) сдобу, молоко**  в) сыр, творог  г) рыбу   1. Копрологическое исследование проводится в лаборатории   а) бактериологической  **б) клинической**  в) биохимической  г) иммунологической   1. Боли опоясывающего характера с иррадиацией в левую половину грудной клетки у ребенка характерны для   **а) острого панкреатита**  б) острого холецистохолангита  в) хронического активного гепатита  г) желчной колики   1. Исследование кала на дисбактериоз проводится в лаборатории   а) клинической  б) биохимической  в) иммунологической  **г) бактериологической**   1. Реинвазии характерны при заражении   а) аскаридами  б) карликовым цепнем  **в) острицами**  г) лямблиями   1. Для диагностики аскаридоза исследуют   а) перианальный соскоб  б) фекалии  **в) рвотные массы**  г) мочу   1. Способствуют опорожнению кишечника у детей   **а) черный хлеб, овощи**  б) слизистые супы  в) теплые жидкости  г) крепкий чай   1. Эндоскопическое исследование всех отделов толстой кишки у детей   а) дуоденоскопия  **б) колоноскопия**  в) ректороманоскопия  г) ирригоскопия   1. При энтероколите детям назначают диету №   а) 1  **б) 4**  в) 5  г) 5а   1. Недомогание, снижение аппетита, анемия, аллергические реакции, эозинофилия у детей характерны для   а) энтеробиоза  б) аскаридоза  в) описторхоза  **г) большинства гельминтозов**   1. Для дегельминтизации у детей применяют   **а) вермокс**  б) карбенициллин  в) септрил  г) тавегил   1. Клинические симптомы сахарного диабета у детей   **а) полифагия, полидипсия, полиурия**  б) лихорадка, кашель с мокротой  в) боль в пояснице, отеки  г) тахикардия, тремор, экзофтальм   1. Недиагностированный сахарный диабет у детей ведет к развитию комы   **а) гипергликемической (диабетической)**  б) гипогликемической  в) печеночной  г) уремической   1. При сахарном диабете у детей на коже появляется   **а) фурункулез**  б) желтуха  в) анулярная эритема  г) акроцианоз   1. Инсулин необходимо хранить при температуре (˚С)   **а) от +4 до +6**  б) от -6 до -4  в) от +10 до +12  г) от -10 до +12   1. Липодистрофия развивается при подкожном введении   а) димедрола  б) кордиамина  в) гепарина  **г) инсулина**   1. После инъекции инсулина у ребенка появились чувство голода, потливость, тремор. Это   а) гипергликемическая кома  **б) гипогликемическая кома**  в) первый период лихорадки  г) третий период лихорадки   1. Для врожденного гипотиреоза характерны   а) гипервозбудимость, тремор конечностей  б) опережение физического и нервно-психического развития  в) преждевременное половое развитие  **г) задержка физического и нервно-психического развития**   1. Тест толерантности к глюкозе проводится при диагностике   **а) гипотиреоза**  б) скрытого сахарного диабета  в) явного сахарного диабета  г) фенилкетонурии   1. К группе риска по сахарному диабету относятся   **а) дети с наследственной отягощенностью**  б) недоношенные  в) с аномалией конституции  г) с гипотрофией   1. Замедленные движения, одутловатость лица, гипотермия, запоры, ухудшение памяти и ухудшение успеваемости в школе характерны для детей, страдающих   а) эутиреоидной гиперплазией щитовидной железы  б) диффузным токсическим зобом  **в) приобретенным гипотиреозом**  г) гиповитаминозом В6   1. Сердцебиение, дрожь тела, повышенная потливость, эмоциональная лабильность, потеря массы тела при повышенном аппетите характерны для детей, страдающих   **а) диффузным токсическим зобом**  б) гипотиреозом  в) гиповитаминозом В1  г) гиповитаминозом В6 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 07.052020 | **Тема № 5 «Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в онкогематологии»**  Задание «Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в онкогематологии»  Вы работаете в онкогематологическом отделении. На вашем попечении 2 палаты, где находятся на лечении 4 детей.  1. Мальчик 17 лет с диагнозом: Идиопатическая апластическая анемия. Сопровождается выраженной слабостью, периодическими головокружениями с потерей сознания  2. Мальчик 9 лет с диагнозом:  Гемофилия А, тяжелая, гемартроз правого локтевого сустава. Отмечается частичный анкилоз обоих коленных и правого тазобадренного суставов.  3. Ребенок 10 лет, госпитализирован с мамой с диагнозом: Острый лимфобластный лейкоз. Жалуется на боли в животе, увеличение размеров живота, головные боли, приступы рвоты, судорог.  4. Девочка 6 лет с диагнозом: Идиопатическая тромбоцитопения, среднетяжелая, затяжное течение. На коже иного численные синяки и иетехии, частые носовые и десневые кровотечения, гематурия. Госпитализирована с мамой.   * Составьте план мероприятий по уходу за каждым ребенком   ОТВЕТ:  **1.**  Анемия – состояние, характеризующееся уменьшением числа эритроцитов и снижением уровня гемоглобина в единице объема крови.  По содержанию гемоглобина и эритроцитов выделяют 3 степени тяжести анемии: легкую, средней тяжести и тяжелую.  Легкая анемия: количество эритроцитов не менее 3·1012/л, гемоглобин – 90-110 г/л.  Средней тяжести: количество эритроцитов в пределах 2,5·1012/л, гемоглобин – 70-90 г/л.  Тяжелая анемия: количество эритроцитов меньше 2,5·1012/л, гемоглобин ниже 70 г/л. **Уход:** 1. Контроль постельного режима. 2. Обеспечить доступ свежего воздуха путём проветривания.  3. Тщательная медикаментозная профилактика инфекций.  4. Адекватная трансфузионная терапия препаратами эритроцитной массы и тромбоконцентрата.  5. Система организационных и медикаментозных мер по профилактике инфекций:  • уход за ротовой полостью: 4 раза в день полоскание полости рта дезинфицирующими растворами (например, водным раствором хлоргексидина 0,05%, раствором органического йода;  • тщательный, но щадящий уход за зубами и деснами; использование только мягких зубных щёток или ротового душа; при кровоточивости десен и слизистых, некрозах и изъязвлениях слизистых, использование зубных щёток должно быть исключено, вместо этого применяется обработка рта раствором хлоргексидина и вяжущими средствами.  • гигиена кожи: ежедневное мытье под душем или обтирание водным раствором хлоргексидина, обработка мацераций и повреждений дезинфицирующими средствами.  • обязательна строгая личная гигиена родителей и посетителей, антисептическая обработка рук персонала при входе в палату. 6. Соблюдение диеты. (При составлении диеты больным с анемией, лейкопенией, тромбоцитопенией целесообразно включать в диету продукты, содержащие вещества, необходимые для построения стромы кровяных элементов, синтеза гемоглобина, дифференциации и созревания клеток крови и исключать вещества, оказывающие тормозящее влияние на определенные стороны гемопоэза. Ограничивают животный жир и увеличивают количество растительного масла. Предпочтение отдают овощам, фруктам, ягодам, зелени)  7. Контроль температуры в помещении (18- 20).  8. Проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание.  9. Смена нательного, постельного белья.  10. Выполнить назначения врача. 11. Контроль за состоянием пациента – АД, пульса, чдд, чсс, tº.  **2.**  Гемофилия А – генетически детерминируемое заболевание, вызванное врождённым дефицитом белка фактора свёртывания крови VIII[[2]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%8F_A#cite_note-merckhome-2). Наиболее часто встречающаяся форма гемофилии (около 80 % случаев).  Главным образом для профилактики гемофилии А используется заместительная терапия — регулярное введение препаратов, содержащих недостающий белок — фактор свертывания VIII. Полное излечение от гемофилии А с помощью лекарств невозможно, однако известны случаи, когда при пересадке пациенту донорской печени организм гемофилика в течение нескольких лет вырабатывал фактор VIII, но затем, в процессе обновления клеток печени данный эффект сошел на нет, поэтому эта методика лечения была признана неэффективной.  Наиболее известные препараты для лечения гемофилии А: октанат, иммунат, когенэйт-фс, рекомбинат, гемоктин, коэйт-дви. Все они вводятся только внутривенно. Для профилактики ингибиторных форм гемофилии А используется концентрат фактора свёртывания крови VII активированный (новосэвен, коагил-VII, фейба).  **Гемартроз** — кровоизлияние в полость сустава.  Прогноз при травматическом гемартрозе обычно благоприятный, особенно в случае своевременного обращения в лечебное учреждение. Рецидивирующий гемартроз, а также гемартроз при тяжелых травмах и гемофилии может стать причиной развития осложнений и последующего формирования артроза коленного сустава. Профилактические меры включают в себя предупреждение травматизма в быту и на производстве, своевременное лечение заболеваний, которые могут стать причиной гемартроза.   * Диагностические мероприятия включают в себя:  Осмотр врача (пальпация области локтевого сустава); Сбор анамнеза заболевания; Клинический и биохимический анализы крови; Общий анализ мочи; УЗИ суставов локтя; Рентген кисти (в двух проекциях); Компьютерная томография; МРТ. * Для лечения гемартрозов применяется фонофорез с гидрокортизоном, массаж, ЛФК. Больным рекомендуют отвары лекарственных трав — душицы и лагохилуса (зайцегуба) опьяняющего. Полезен арахис.   **Уход:**   1. Обеспечением покоя сустава. При необходимости холодный компресс. После дообследования при отсутствии серьёзных внутрисуставных повреждений — пункция сустава в асептических условиях, удаление крови, давящая повязка на коленный сустав в виде кольца, задняя гипсовая лонгета на 2—3 недели. После этого назначают лечебную гимнастику и физиотерапию.  Контроль за состоянием пациента – АД, ЧДД, ЧСС, Температура.  Обеспечить доступ свежего воздуха путём проветривания. 2. Соблюдение диеты (Для восстановления крови и улучшения свертываемости необходимо употреблять пищу, которая содержит соли фосфора, кальция, витамины A, В, С, Д. Самое важное – это обеспечить организм нужным количеством витамина К. Витамин К можно почерпать, употребляя шпинат, листья салата, репчатый лук, морковь, бананы, чеснок, огурцы, помидоры, груши, яблоки, капусту (особенно брокколи, белокочанную, цветную), острый перец, соевые бобы, яичный желток, сыр, сливочное масло, овес, ботву репы, сельдерея. Для улучшения состояния крови, поднятия гемоглобина, укрепления стенок сосудов и понижения уровня холестерина, необходимо включать в рацион печень, рыбу жирных сортов, цитрусовые, орехи, гранат, авокадо, свеклу, клюквенный морс, мед, гречневую кашу, морковный, яблочный и свекольный соки. Свекольный сок необходимо пить разбавленным морковным или яблочным. Сначала его необходимо разбавлять 1 к 1-ному, затем нужно постепенно уменьшать разбавление и увеличивать концентрацию свекольного сока. Также, можно пить очищенную воду, зеленый чай, чай со смородины, калины или малины, отвар из шиповника.) 3. Провести беседу о профилактики травматизма, ведения ЗОЖ. 4. Контроль температуры в помещении (18- 20). 5. Проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание. 6. Смена нательного, постельного белья. 7. Выполнить назначения врача.   **3.**  Острый лимфобластный лейкоз – это злокачественное заболевание системы кроветворения, состоящее в появлении опухолевого клона из клеток линий лимфоидной дифференцировки, составляющего не менее 25% от других ядерных клеточных элементов. Диагностика:  Общий клинический (развернутый) анализ крови с обязательным цитологическим исследованием мазков рекомендуется у всех пациентов с подозрением на ОЛЛ.  Рентгенография грудной клетки в прямой и правой боковой проекции рекомендуется у всех пациентов с подозрением на ОЛЛ.  Компьютерная томография органов грудной полости  УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства  Проведение КТ/МРТ головного мозга. Лечение:  Можно выделить четыре основных направления терапии.  1.Специфическая химиотерапия, направленная на достижение и закрепление ремиссии заболевания. Состоит из нескольких этапов, различна для лимфобластного и миелобластного лейкозов.  2.Сопроводительная поддерживающая терапия, проводимая для снижения интоксикации при лизисе опухолевого субстрата и уменьшения побочных токсических эффектов химиопрепаратов.  3.Заместительная терапия, необходимая при угрожающей тромбоцитопении и тяжѐлой анемии.  4.Трансплантация красного костного мозга и стволовых кроветворных клеток. В настоящее время общепризнанным является комплексный метод лечения заболевания.  Арсенал противолейкозных средств составляют препараты 6 фармакологических групп:  • антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозин-арабинозид); алкилирующие соединения (циклофосфан, ми-лосан);  • алкалоиды растений (винкристин);  • ферментные препараты (L-аспарагиназа);  • противоопухолевые антибиотики (рубомицин);  • гормоны (преднизолон).  **Уход:**  1. Особое значение в уходе за больными имеет создание асептических условий и лечебно-охранительного режима.  2. Больного помещают в бокс с экранированными бактерицидными лампами для стерилизации воздуха. Перед входом в него медперсонал обязан обработать обувь о коврик, смоченный дезинфектантом, одеть бахилы, маску, дополнительный халат.  3. Три раза в сутки осуществляется влажная уборка помещения с последующим проветриванием. Не реже одного раза в неделю проводят генеральную уборку с применением дезинфектанта. 4. Для предупреждения развития инфекционных осложнений важно удалить микробную флору с поверхности кожи. Если позволяет состояние, больным ежедневно проводят гигиеническую ванну или обмывают кожу мылом, содержащим йодные соединения, действующие на грамотрицательную флору. Уход за кожей должен быть щадящим: запрещаются горячие ванны и душ, вместо жестких мочалок используют мягкие губки или фланелевые варежки. 5. Смена нательного и постельного белья проводится ежедневно. При поражении кожи выдается стерильное белье. 6. Уход за полостью рта требует особого подхода: при набухших, разрыхленных, кровоточащих деснах больным не разрешается чистить зубы щеткой. Заменяют эту процедуру полосканием рта или орошением слизистой 1—2% раствором натрия бикарбоната, фурациллина, отварами шалфея, ромашки, смазыванием 1—2% водным раствором анилиновых красителей, натрия бората в глицерине. Обрабатывают полость рта утром натощак и после каждого приема пищи. 7. Диета больных острым лейкозом должна быть высококалорийной с увеличением в 1,5 раза количества белка по сравнению с возрастной нормой, богатой минеральными веществами и витаминами. При назначении глюкокортикоидов рацион обогащается солями калия. Больным с цитопеническим синдромом для нормализации кишечной флоры рекомендуется биолакт, кефир, ацидофилин.  8. Медсестра должна знать и выполнять правила переливания крови и ее препаратов, уметь обеспечить уход за центральным венозным катетером, готовить оснащение и оказывать помощь врачу в проведении костно- и спинномозговой пункции, трепанации черепа и др.;  9. Проводить с родителями и детьми работу по профилактике травматизма; 10. Учитывая психологическую и физическую травматичность схем лечения, необходимо готовить ребенка и родителей к тем или иным процедурам, вести тщательное наблюдение за детьми после выполненной манипуляции. 11. Выполнять назначения врача. 12. Контроль за состоянием ребенка – АД; ЧСС; ЧДД; Температура; Судорог (Если появились нужно не медленно вызвать врача, приготовить противосудорожные препараты, огородить ребенка что бы не было травмитизации.)  **4.**  Идиопатическая тромбоцитопения – нарушением свертываемости крови, вызванным тромбоцитопенией, не связанной с системными заболеваниями. Как правило, оно имеет хроническое течение у взрослых, но часто острое и преходящее у детей. Размер селезенки является нормальным при отсутстви другого основного заболевания. При диагностике другие расстройства необходимо исключить на основе выборочных тестов. Лечение включает кортикостероиды, спленэктомию, иммунодепрессанты и препараты из группы агонистов рецепторов тромбопоэтина. В случае кровотечения, угрожающего жизни, необходимо назначить переливания тромбоцитов, кортикостероиды внутривенно, внутривенно анти-D иммунноглобулин, или внутривенно иммунный глобулин может использоваться индивидуально или в сочетании.  В период геморрагического криза показаны обязательная госпитализация, постельный режим и безаллергенная диета. Медикаментозное лечение направлено на:  • укрепление стенки тромбоцитов для увеличения их резистентности (рибоксин, фолиевая кислота);  • улучшение адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов (адроксон, аминокапроновая кислота, этамзилат);  • при выраженном геморрагическом синдроме («влажной пурпуре») применяют кортикостероидные гормоны, переливание тромбоцитарной массы.  Терапия иммунных форм тромбоцитопении состоит из применения кортикостероидных гормонов, SRK-иммуноглобулина. При неполном и нестабильном эффекте лечения гормонами в течение 3—4 месяцев ставится вопрос о спленэктомии или назначении иммунодепрессантов.  Лечение приобретенных форм тромбоцитопении не иммунного генеза состоит в терапии основного заболевания. Симптоматическое лечение геморрагического синдрома включает применение местных и общих гемостатических средств. Показано применение E-аминокапроновой кислоты, дицинона. Хорошим эффектом обладает плазмоферез. Местно при кровотечениях применяют гемостатическую и желатиновую губку, тромбин, амииокапроновую кислоту, адроксон. Больным рекомендуются фитотерапия (тысячелистник, пастушья сумка, крапива, зверобой, земляника, шиповник, кукурузные рыльца), арахис.   * Так же медсестра должна: Выполнять назначения врача, Контроль за состоянием ребенка – АД; ЧСС; ЧДД; Температура. Смена нательного и постельного белья. При поражении кожи выдается стерильное белье. Контроль температуры в помещении (18- 20). Проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание. Проведение беседы с мамой о заболевании, правильном питании, уходе за ребенком в период болезни.   Составьте чек листы следующих манипуляций:   * Забор крови для биохимического анализа   Забор крови для биохимического анализа, как правило, проводят натощак (нельзя принимать пищу и пить жидкости за 6-12 часов). Из жидкости не следует употреблять соки, молоко, алкоголь, сладкий чай или кофе, можно пить воду. Любые продукты влияют на показатели крови, они могут привести к неверным данным, что может повлечь за собой неправильное лечение. Кровь для данного анализа берется из вены.  **Цель:** забор крови на биохимический анализ.  **Оснащение:** стерильный лоток, ватные шарики 4-5 штук, полотенце, этиловый спирт 70°, стерильные салфетки, жгут, валик, шприц 10-20 мл, емкости для дезинфекции, набор "Анти-СПИД", перчатки, маска, штатив, стерильные пробирки с крышками.  **Алгоритм действий:**  1. Объясните пациенту/маме ход предстоящей манипуляции.  2. Усадите или уложите пациента так, чтобы рука для выполнения внутривенной инъекции была в разогнутом состоянии, ладонью вверх.  3. Положите под локоть валик.  4. Вымойте руки, наденьте стерильные перчатки.  5. Наложите жгут на 5 см выше локтевого сгиба через полотенце или одежду пациента.  6. Попросите пациента поработать кулаком.  7. Обработайте перчатки шариком со спиртом.  8. Обследуйте локтевой сгиб, найдите подходящую для пункции вену.  9. Обработайте локтевой сгиб дважды спиртовыми шариками - от периферии к центру.  10. Фиксируйте вену локтевого сгиба натяжением кожи, с помощью большого пальца левой руки.  11. Правой рукой со шприцем, иглой срезом вверх и параллельно коже делайте прокол на 1/3 длины иглы и осторожно пунктируйте вену, пока не ощутите «попадание в пустоту».  12. Убедитесь, что игла в вене - потяните поршень на себя - в шприце должна появиться кровь.  13. Наберите нужное количество крови (5-10 мл) в шприц.  14. Снимите жгут, предложите пациенту разжать кулак.  15. Извлеките иглу, прикройте место пункции марлевым шариком, смоченным спиртом.  16. Предложите пациенту согнуть руку в локтевом суставе на 5 мин.  17. Использованную иглу при помощи иглосъемника снимите и поместите в контейнер для острых и режущих предметов (контейнер желтого цвета). Необходимо знать, что эритроциты крови могут быть повреждены при выпуске крови из шприца через иглу и это вызовет их гемолиз.  17. Затем осторожно, по стеночке выпустите кровь из шприца в промаркированную стерильную пробирку (находящуюся на штативе) и закройте её. Следить, чтобы кровь не пенилась при быстром наполнении пробирки. Это приведет к гемолизу крови в пробирке.  19. Поместите использованный шприц в контейнер для дезинфекции.  20. Убедитесь в хорошем самочувствии пациента.  21. Снимите перчатки и сбросьте их в емкость для дезинфекции.  22. Зарегистрируйте сведения о пациенте в журнале указав:  - диагноз; - регистрационный номер;  - номер истории болезни;  - отделение, палата;  - Ф. И. О. (полностью);  - пол;  - возраст;  - домашний адрес;  - дата забора крови;  - дата доставки материала;  - фамилию лица, забравшего материал.  23. Подготовьте промаркированные пробирки к транспортировке в соответствующую лабораторию в вертикальном положении, в специальном контейнере.  24. Отдельно упакуйте направления (номер пробирки должен совпадать с номером направления) и сводное сопроводительное направление.  25. В случае нарушения целостности пробирки все замочите в дезинфицирующем растворе (пробирка с остатками крови) согласно инструкции.  **ЗАБОР КРОВИ СИСТЕМОЙ ВАКУУМНОГО ЗАБОРА КРОВИ Vacuette**  1. Пригласил и проинформировать пациента, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4. Собрал систему вакуумного забора крови Vacuette.  5. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  6. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 7. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента, надел очки. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  8. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции (вкола).  9. Провел пунктирование вены. Вставил пробирку в держатель до упора. Ослабил жгут, как только кровь начала поступать в пробирку.  10. Извлек пробирку после прекращения тока крови из держателя. Вынул держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. Пробирку поставил в штатив.  11. Вакутейнер сбросил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий, класса «Б», ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», пинцет и лоток погрузил в емкости для дезинфекции, обработал очки, жгут. 12. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.   * Подготовка к капельному введению лекарственных веществ   1. Пригласил и проинформировал пациента/родственника/маму, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.  4. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность флакона)  6. Обработал ватным шариком наружную крышку флакона с лекарственным средством. Нестерильным пинцетом вскрыл центральную часть металлической крышки флакона и обработал резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  7. Проверил целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии. Вскрыл пакет с системой, взял ее в руки.  8. Закрыл зажим на системе, снял колпачок с иглы для флакона, ввел иглу до упора во флакон.  9. Перевернуть флакон вверх дном и закрепил на штативе, открыл воздуховод. Заполнил баллон системы до середины при помощи нажатия на него.  10. Снял инъекционную иглу с колпачком, положил в стерильный лоток.  11. Открыл зажим и заполнил капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  12. Закрыл зажим, присоединил инъекционную иглу с колпачком, вытеснил воздух через иглу, не снимая колпачка.   13. Зафиксировал систему на штативе. 14. Удобно уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  15. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5 -6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  16. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  17. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  18. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  19. Большим пальцем зафиксировал вену, ниже места венепункции. Ввел иглу в вену. Убедился, что игла в вене.  20. Ослабил жгут, открыл зажим капельницы, убедился, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу.  21. Закрепил систему лентой лейкопластыря. Отрегулировал скорость поступления лекарственного средства.  22. В течение инфузии следит за самочувствием пациента.  23. После завершения инфузии обработал руки, надел перчатки, закрыл зажим, убрал лейкопластырь, к месту пункции приложил ватный шарик и извлек иглу.  24. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут.  25. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные системы для инфузии, ватные шарики поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б».  26. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  27. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  28. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  29. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б».  30. Провел гигиеническую обработку рук.   * Внутривенное струйное введение лекарственных веществ   1. Набрать в шприц назначенное количество препарата (строго соблюдать точность дозировки);  2. Добрать в шприц к назначенной дозе до 10-20мл. изотонического р-ра (0,9% NaCl).  3. Вводить медленно в течение 5-6 минут, следить за состоянием пациента, т.к. при быстром введении препарата может развиться шок.  При капельном введении препарата необходимо знать:   1. Набрать в шприц назначенную дозу препарата (соблюдать точность дозировки); 2. Ввести препарат во флакон со 100-200 мл. изотонического раствора(0,9% NaCl); 3. Вводить медленно, капельно, следя за состоянием пациента.   **Осложнения**  1. Гематома (подкожное кровоизлияние).  2. Воздушная эмболия.  3. Флебиты.  4. Прокол вены и попадание раствора подкожно.  5. Шок.  6. Аллергические реакции.  7. Токсические реакции.  8. Пирогенные реакции: озноб, высокая температура, головная боль.  9. Тромбирование вены.  **Помощь при осложнениях.**   1. Прекратить введение препарата, закрыв зажим. 2. Срочно вызвать врача, не отходя от пациента. 3. Оказать помощь по назначению врача.  * Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария   *Дезинфекция медицинского* инструментария одноразового пользования: После процедуры инструментарий не разбирая необходимо поместить в емкость для дезинфекции, с дезинфицирующим раствором положенной концентрации, экспозиция 1 час. После экспозиции одноразовый инструментарий прополаскивается под проточной водой , и собирается в пакеты для отходов класса “Б” желтого цвета, помещается в емкость и отправляется на утилизацию. Колющие и режущие предметы обрабатываются в твердой емкости (бутылка,банка) затем дезинфицирующий раствор сливается в канализацию, а инструменты не промывая и не перекладывая в другую емкость ,помещаем так же в пакет желтого цвета, и отправляем на утилизацию. Дезинфекция медицинского инструментария многоразового пользования: После использованияпомещаем в емкость с дезинфицирующим средством необходимой концентрации, экспозиция 1 час. Затем инструменты промываются под проточной водой до исчезновения запаха дезинфицирующего средства. После промывания инструменты помещаются в емкость с моющим раствором, подогретым до 50 градусов. Затем идет этап предстерилизационной обработки инструментария.   * Подготовка материала к стерилизации   ***I. Подготовка и укладка стерилизационных коробок*(биксов)**  ***Цель:*** обеспечение условий стерилизации в паровых стерилизаторах, хранения и использование стерильных изделий медицинского назначения.  ***Показания:***подготовка к стерилизации.  ***Противопоказания:***не подлежат паровой стерилизации изделия, содержащие оптику, режущие инструменты.  ***Оснащение:*** коробки стерилизационные с фильтром (КФ) и без фильтра (КС) разной ёмкости и формы, 0.5% раствор нашатырного спирта, марлевая салфетка, пеленка, многопеременный индикатор, бирка клеёнчатая или картонная, стерилизуемый материал, мешок для транспортировки биксов.  ***Необходимые условия:***  *-*изделия медицинского назначения должны пройти дезинфекцию и предстерилизационную очистку и должны быть сухими;  - бикс заполняется на 70% объема;  - фильтр в коробке стерилизационной меняется через 60 циклов стерилизации.  Алгоритм манипуляции:   |  |  | | --- | --- | | **Этапы** | **Обоснование** | | **1. Подготовка к процедуре** | | | Подготовить материал к укладке:  бельё сосчитать и сложить в форме плоских пакетов;  салфетки сложить стопками;  шарики завязать в марлевую салфетку;  шприцы уложить в отдельные пакеты в разобранном виде (поршень, цилиндр, две иглы);  резиновые перчатки пересыпать тальком, каждую пару завернуть отдельно, проложив марлю или бумагу между правой и левой перчаткой;  катетеры и зонды, газоотводные трубки упаковать отдельно в салфетку или конверт из хлопчатобумажной ткани;  сложить хирургический халат тесёмками внутрь, изнанкой наружу, свернуть продольно несколько раз. | Эффективность проведения манипуляции. | | 1.2. Проверить герметичность и исправность бикса. | Обеспечение герметичности бикса после стерилизации. | | 1.3. Протереть все поверхности бикса 0,5% раствором нашатырного спирта. | Для снятия жировой оболочки. | | 1.4. Определить вид укладки:  видовая;  целевая (целенаправленная);  универсальная. | Вид укладки зависит от профиля и объема работы медсестры. | | 1.5. У бикса без фильтра открыть круговые отверстия на боковой стороне передвижением пояса и закрепить его в этом положении. | Для прохождения пара. | | **2. Выполнение процедуры** | | | 2.1. Выстелить бикс изнутри полотняной пеленкой из хлопчатобумажной ткани. | Создается дополнительный барьер препятствующий проникновению микроорганизмов. | | 2.2. Уложить материал и изделия рыхло, вертикально, послойно, секторально и параллельно движению пара. | Рыхлая укладка обеспечивает свободное проникновение пара и надёжную стерилизацию. Вертикальная и послойно секторальная укладка обеспечивает возможность найти нужное не нарушая порядок укладки. | | 2.3. Поместить соответствующий многопеременный внутренний индикатор (при видовой и целевой укладке в бикс помещают не менее трех индикаторов, при секторальной закладке – не менее одного в каждый сектор). Для удобства извлечения индикатора из середины изделий после стерилизации рекомендуется его наклеивать на полоску писчей бумаги размером 20x150 мм. | Обеспечение контроля качества стерилизации: изменение цвета индикаторной метки в соответствии с эталоном. | | 2.4. Уложенный материал накрыть пеленкой, выстилающей бикс. | Создается дополнительный барьер препятствующий проникновению микроорганизмов. | | **3. Окончание процедуры** | | | 3.1. Закрыть крышку бикса. Закрепить её металлическими держателями. | Для сохранения герметичности стерильного бикса. | | 3.2. Привязать к ручке бикса бирку и заполнить её. | Обеспечение информации при работе с биксом и личной ответственности. | | 3.3. Доставить бикс в ЦСО в мешке из плотной ткани (мешок подлежит стерилизации в ЦСО). | Предупреждение инфицирования бикса из окружающей среды. |   ***Образец бирки***   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Отделение (подразделение) вид укладки. | | | | | | | | Укладка | | Стерилизация | | Вскрытие | | | | Дата | Подпись | Дата | Подпись | Дата | Время | Подпись | |  |  |  |  |  |  |  |   ***II. Подготовка и укладка комбинированного (пленочно-бумажного) самоклеющегося пакета***  ***Цель*:** обеспечение условий стерилизации в паровых, воздушных стерилизаторах (и других, согласно инструкции), хранение и использование стерильных изделий медицинского назначения.  ***Показания:***подготовка к стерилизации.  ***Противопоказания:*** согласно инструкции к применению комбинированного самоклеющегося пакета и парового стерилизатора.  ***Оснащение:***комбинированные самоклеющиеся пакеты, стерилизуемый материал, марлевые салфетки, многопеременный индикатор, стерилизуемый материал, мешок для транспортировки.  ***Необходимые условия:***  - изделия медицинского назначения должны пройти дезинфекцию и предстерилизационную очистку и должны быть сухими;  - использовать пакеты для упаковывания материала на стерилизацию в пределах срока годности(пригодность пакетов для стерилизации исчисляется с даты производства и до даты определенной инструкцией);  - хранить пакеты до стерилизации следует согласно инструкции.  Алгоритм манипуляции:   |  |  | | --- | --- | | **Этапы** | **Обоснование** | | **1. Подготовка к процедуре** | | | 1.1. Прочитать инструкцию по применению комбинированных самоклеющихся пакетов. | Эффективность проведения манипуляции. | | 1.2. Проверить срок годности пакетов, условия хранения, целостность. | | 1.3. Подготовить материал к укладке (для предотвращения повреждения упаковок колющими и режущими инструментами их рабочие части обертывают чистыми марлевыми или бумажными салфетками). | Эффективность проведения манипуляции и предотвращение разгерметизации пакета. | | 1.4. Выбрать пакет соответствующего размера. | Предотвращение разгерметизации пакета во время стерилизации. | | **2. Выполнение процедуры** | | | 2.1. Заполнить пакеты стерилизуемым материалом не более чем на 3/4 их объема (в длину и в ширину), при этом изделия размещают рабочей частью в открытую сторону пакета (сторона наполнения). Уложить внутрь индикатор или не укладывать в зависимости от инструкции. | Эффективность проведения манипуляции и предотвращение разгерметизации пакета во время стерилизации. | | 2.2. Удалить как можно больше воздуха путем проглаживания рукой в направлении от закрытого конца к открытому. | Эффективность проведения манипуляции. | | 2.3. С клеевого слоя снять защитную бумажную полоску, перегнуть по перфорированной линии выступающий бумажный край пакета и плотно прижать к прозрачной стороне пакета, надавливая от центра к краям. | Обеспечение герметичности пакета. | | 2.4. Промаркировать пакеты способом принятым в данной медорганизации. | Обеспечение информации при работе. | | **3. Окончание процедуры** | | | 3.1. Доставить пакеты в ЦСО в мешке из плотной ткани (мешок подлежит стерилизации в ЦСО). | Предупреждение инфицирования пакетов из окружающей среды. |  * Оценка клинического анализа мочи   В анализе мочи оцениваются следующие показатели в сопоставлении с нормой:  1. цвет – соломенно-желтый;  2. запах – без запаха;  3. прозрачность – прозрачная;  4. плотность – значения относительной плотности колеблются в зависимости от возраста ребенка и до 1 года составляют 1002 – 1006, до 2 лет 1006 – 1012, в 3-5 лет – 1010-1020, в 7-8 лет – 1008 – 1025;  5. реакция мочи – рН составляет 4,5 – 8,0;  6. эритроциты – не более 0 – 1 в п/з;  7. лейкоциты – не более 0 – 6 в п/з;  8. белок – не более 0,002 г/л или 0,033 %;  9. сахар – отсутствует;  10. кетоновые тела – отсутствуют;  11. бактерии – отсутствуют;  12. слизь – слизь в моче появляется при неправильно собранном анализе мочи или при повышенном количестве солей;  13. билирубин – отсутствует;  14. цилиндры – не более 1 – 2 в п/з;  15. эпителий – наличие плоского и цилиндрического эпителия в осадке мочи в небольшом количестве является нормой;  16.соли – если в анализе мочи обнаруживаются соли и при этом нет других отклонений, то такой анализ можно считать неинформативным.  **Анализ мочи №8**  Дата 5 05 2020г.  Краевая клиническая детская больница  Отделение онкогематологии  Ф.И.О. Петрова Н.И. 7 лет  Количество 50 мл  Цвет – мясных помоев  Прозрачность - неполная  Относительная плотность 1021  Реакция – слабокислая  Белок – 0,75 г/л  Глюкоза – нет  **Микроскопия осадка:**  Эпителий –сплошь в поле зрения  Лейкоциты – 10 – 20 в поле зрения  Эритроциты – сплошь в поле зрения  Цилиндры – 3 – 5 в поле зрения  Бактерий – нет  Соли – нет  ОТВЕТ: По показания у ребенка гломерулонефрит.  ТЕСТ   * + Сестринский уход в онкогематологии  1. Уровень гемоглобина у детей при среднетяжелой форме железодефицитной анемии ниже (г/л)   а) 110-120  **б) 80-100**  в) 66-80  г) 50-40   1. Уровень гемоглобина у детей при легкой форме железодефицитной анемии ниже (г/л)   **а) 110-120**  б) 90-100  в) 80-70  г) 50-60   1. Наиболее частая анемия в детском возрасте   а) белководефицитная  **б) железодефицитная**  в) постгеморрагическая  г) гемолитическая   1. При железодефицитной анемии может отмечаться склонность к употреблению   **а) глины, мела**  б) молочных продуктов  в) мясных продуктов  г) зелени, овощей   1. Заболевания крови с замедленной свертываемостью и повышенной кровоточивостью   а) гемолитическая анемия  б) тромбоцитопатия  в) тромбоцитопеническая пурпура  **г) гемофилия**   1. Гемофилия А у детей обусловлена недостаточностью в крови фактора   а) VI  б) VII  **в) VIII**  г) IX   1. Самое характерное проявление гемофилии, являющееся наиболее частой причиной инвалидизации у детей   а) кровоизлияние в мозг  **б) гемартрозы**  в) гемоторакс  г) геморрагическая сыпь   1. Для какого заболевания характерны частые кровотечения у мальчиков   а) тромбоцитопенической пурпуры  б) тромбоцитопатии  в) гемолитической анемии  **г) гемофилии**   1. Гемофилия у детей чаще проявляется в возрасте (годы жизни)   **а) 1–2**  б) 3–4  в) 5–6  г) 7–8   1. Наиболее часто встречаемый вид гемофилии   **а) А**  б) В  в) С  г) А и С   1. С целью гемостаза при гемофилии А у детей внутривенно вводят   а) эритромассу  б) аминокапроновую кислоту  **в) криопреципитат**  г) дицинон   1. С целью гемостаза при гемофилии у детей внутривенно применяют   а) консервированную донорскую кровь  б) тромбин  **в) концентраты факторов VIII и IX**  г) контрикал   1. При лечении ребенка с гемофилией все препараты вводятся только   **а) внутривенно**  б) внутримышечно  в) подкожно  г) внутрикожно   1. Ребенок с гемофилией должен постоянно наблюдаться   а) детским травматологом  **б) гематологом специализированного центра**  в) детским хирургом  г) главным врачом поликлиники   1. При простудных заболеваниях детям с гемофилией нельзя назначать   а) парацетамол  **б) ацетилсалициловую кислоту**  в) аскорбиновую кислоту  г) димедрол   1. Инвалидность оформляют детям, больным   **а) гемофилией**  б) железодефицитной анемией  в) гемолитической анемией  г) тромбоцитопенической пурпурой   1. Для тромбоцитопенической пурпуры у детей характерны   **а) асимметрично расположенные петехиально-пятнистые геморрагические элементы**  б) симметрично расположенные петехиально-пятнистые геморрагические элементы  в) асимметрично расположенные пятнисто-папулезные элементы  г) симметрично расположенные пятнисто-папулезные элементы   1. Маточные кровотечения у девочек старшего возраста отмечаются при   а) алиментарных анемиях  б) гемофилии  **в) тромбоцитопенической пурпуре**  г) геморрагическом васкулите   1. Препараты железа рекомендуют запивать   а) молоком  **б) соком**  в) чаем  г) минеральной водой   1. Для детей с тромбоцитопенической пурпурой типичны   **а) носовые кровотечения**  б) желудочно-кишечные кровотечения  в) легочные кровотечения  г) гематурия   1. Системное воспалительное заболевание капилляров, артериол и венул кожи, суставов, брюшной полости и почек с вовлечением в патологический процесс у детей системы крови — это   **а) геморрагический васкулит**  б) лейкоз  в) тромбоцитопатия  г) гемофилия   1. Симметрично расположенные пятнисто-папулезные высыпания на коже типичны для   а) тромбоцитопатии врожденной  б) тромбоцитопенической пурпуры  **в) геморрагического васкулита**  г) гемофилии   1. Из диеты у детей, больных геморрагическим васкулитом, исключают   а) животные жиры  б) белковое питание  **в) сенсибилизирующие продукты**  г) глюкозу и другие сахара   1. Сочетание анемического, геморрагического синдромов, интоксикации, генерализованного увеличения лимфатических узлов, гепатоспленомегалии типично для детей с   а) дефицитными анемиями  б) геморрагическим васкулитом  **в) острым лейкозом**  г) тромбоцитопенической пурпурой   1. Спленэктомию проводят при тяжелом течении   **а) тромбоцитопенической пурпуры**  б) гемофилии  в) геморрагическом васкулите  г) лейкозе   1. При уходе за детьми с лейкозом особенно большое внимание уделяют   а) лечебной физкультуре  **б) санитарно-эпидемиологическому режиму**  в) диетотерапии  г) режиму дня |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| 08.05.2020 | **Тема 6 «Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в кардионефрологии»**  **Задание**: Вы работаете в онкогематологическом отделении. На вашем попечении 2 палаты, где находятся на лечении 3 детей.  1. Мальчик 9 лет с диагнозом: Острая ревматическая лихорадка. Артрит левого коленного сустава. Заболевание сопровождается выраженной слабостью, лихорадкой до 38,5ᵒС, болями в колене. Госпитализирован в бокс с мамой.  2. Мальчик 13 лет с диагнозом:  Первичная артериальная гипертензия. Коарктация аорты. Жалуется на периодические головные боли, шум в ушах.  3. Мальчик 12 лет поступил на обследование по поводу: Нарушения ритма сердца, сопровождающегося обморочными состояниями.   * Составьте план мероприятий по уходу за каждым ребенком   ОТВЕТ:  **1.** Ревматизм – системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно -сосудистой системе Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ**)** - системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся в связи с острой А-стрептококковой носоглоточной инфекцией у предрасположенных к нему лиц главным образом в возрасте 7-15 лет.  1. В остром периоде заболевания дети подлежат госпитализации, желательно в специализированное отделение. Показано временное ограничение двигательной активности. При максимальной степени активности назначается строгий постельный режим (1а). Больным с умеренной или минимальной степенью активности предписывается постельный режим. Его продолжительность составляет 2-3 недели. В последующем назначается полупостельный или щадящий режим (2а). 2. Диета больных должна быть полноценной, обогащѐнной витаминами и калием. В остром периоде заболевания рекомендуется ограничить количество соли и жидкости, исключить экстрактивные вещества (стол №10). При развитии сердечной недостаточности проводятся разгрузочные дни. 3.С первых дней заболевания в течение 1,5-2 недель назначаются препараты пенициллина. В последующем каждые 2-4 недели применяется "Бициллин-5" по 750000 – 1500000 ЕД в зависимости от возраста ребѐнка. Основное место в терапии занимают противовоспалительные средства, представленные различными группами лекарственных препаратов. **Уход:** 1. Больной обязательно должен находиться в постели. Без разрешения врача ни в коем случае нельзя допускать нарушений установленного постельного режима; в частности, нельзя позволять больному ходить в уборную, вставать, садиться за стол для еды и т. П 2. Комнату, в которой он находится, надо несколько раз в день тщательно проветривать, а весной и летом окна по возможности должны быть открыты все время. Еще лучше, если летом ребенок в течение всего дня будет лежать на открытом воздухе. В комнате, где лежит больной, нужно ежедневно протирать пол влажной тряпкой (а не мести сухой щеткой); лишние предметы обстановки из комнаты рекомендуется вынести. 3. Важен тщательный уход за полостью рта и зева, так как обострения ревматизма нередко связаны с различными болезненными процессами в зубах и в носоглотке. Это особенно важно в том случае, если больной, как это нередко бывает, перед приступом ревматизма перенес ангину. 4. При мучительных болях в суставах рук и ног нужно придать больной конечности самое удобное положение, подложив под нее свернутое одеяло или твердую подушку. Больной сустав обертывают ватой и забинтовывают, кладут на него грелку, иногда по назначению врача накладывают прописанную им мазь. Боль облегчается, если согревать суставы. При этом нужно быть очень осторожным, чтобы не вызвать ожога кожи, которая на больных суставах очень чувствительна. 5. Обычно дети, больные ревматизмом, зябнут, поэтому их надо укрывать тепло, но легко; нельзя укрывать тяжелым одеялом, пальто и т. д., лучше под более легкое одеяло положить грелку с теплой водой. 6. Чрезвычайно важно организовать правильное питание больного ребенка. Пища его должна быть легкой и питательной. Следует избегать обилия сладостей, жирной, соленой и обременяющей желудок пиши, так как вызываемая ею жажда и усиленное питье создают излишнюю работу для почек и сердца 7. Строгий покой, постельный режим и лечение ребенка при остром ревматизме необходимы примерно в течение 1 1/2—2—3 месяцев. Переход от постельного к обычному режиму осуществляется постепенно под строгим контролем врача, так как ребенок еще не окреп и излишние движения могут вызвать осложнение со стороны сердца.  **У ребёнка ревматический полиартрит коленного сустава**.   * **Обязанности медсестры:**   1)Контроль режима (общий режим).  2) Контроль питания.  3) Контроль соблюдения медикаментозного лечения.  4) Контроль посещения лечебной физкультуры.  5) Подготовка к хирургическому лечению (при необходимости).  **Сестринские вмешательства:**   1. Контроль режима (строгий постельный). 2. Контроль диеты.   ПИТАНИЕ.  - Диета должна соответствовать столу № 10.  - Эти больные не нуждаются в специфической диете.  - Необходима достаточно калорийная и легкоусвояемая пища.  - Ограничение жидкости и поваренной соли (на 1/3 или 1/2), особенно при недостаточности кровообращения и назначении гормонов.  - Желательно некоторое ограничение углеводов, особенно в периоде начинающейся клинической ремиссии.  - В связи с дезорганизацией соединительной ткани и белкового метаболизма необходимо: 1-2 г белка на 1 кг веса.  - Жиры можно и нужно.  - Витамин С. Необходимо 0,3-0,6 г и выше в сутки, так как возникает дефицит витамина С в течение 1 - 1,5 месяцев, а далее в половинной дозе до 12 недель.  - Витамин B1 - 1,0 мл 6% раствора  - Витамин В6 - 1,0 мл 5% раствора в/м через день в течение одного месяца.  - Соли калия (фрукты, овощи). Они необходимы для работы мышцы сердца, оказывают мочегонный эффект.   1. Контроль соблюдения назначений врача  * **Медикаментозная терапия.**   Принципы медикаментозной терапии:  - Использование средств и методов десенсибилизирующей и антивоспалительной терапии.  - Восстановление общей реактивности организма.  - Симптоматическая терапия (при недостаточности кровообращения и т. д.).  - Борьба с очагами инфекции.  - В последующем – функционально-восстановительная терапия.   * **Гормональная терапия.** * **Кортикостероиды оказывают:**   - противовоспалительное и десенсибилизирующее действие;  - влияют на повышенную проницаемость капилляров, клеточные мембраны;  - угнетают гиалуронидазу;  - угнетают выработку антител;  - снижают процессы сенсибилизации и аутосенсибилизации.   * **Суточные дозы**   Преднизолон - 20-30 мг в сутки.  Триамсинолон - 12-16-20 мг в сутки.  Дексаметазон - 2-3 -- 3,5 мг. Дексаметазон больше подходит для поддерживающей терапии, в остром периоде - не годится, лучше при РА.   * **Курсовые дозы**   Преднизолон - 500-700 мг.  Триамсинолон - 350-400 мг.  Диспансерное наблюдение (3 этап)  Этот этап предусматривает последующее диспансерное наблюдение и профилактическое лечение больного ревматизмом.   * **Диспансеризация.**   1. Осуществление лечения, направленного на окончательную ликвидацию активного ревматического процесса.  2. Проведение симптоматической терапии нарушений кровообращения и больных с пороками сердца, решение совместно с кардиохирургом вопросов хирургической коррекции пороков.  3. Решение вопросов реабилитации, трудоспособности, трудоустройства.  4. Осуществление вторичной профилактики ревматизма, предупреждение рецидивов заболевания.  **2.** Артериальная гипертензия (гипертония, АГ) – состояние, при котором артериальное давление равно или превышает 140 мм рт.ст. (в результате как минимум трех измерений, произведенных в различное время на фоне спокойной обстановки; при этом нельзя принимать лекарств, как повышающих, так и понижающих давление).  Коарктация аорты – врожденное сужение или полное закрытие ее просвета на ограниченном участке. Чаще всего (95 %) это сужение располагается в области перешейка аорты, под которым понимается отрезок от левой подключичной артерии до первой пары межреберных артерий. **Уход:**  1. Медицинская сестра должна регулярно измерять пациенту артериальное давление.  2. Она должна объяснить больному, как важно следить за давлением и какие последствия могут наступить, если не следить за ним.  3. Она внимательно наблюдать за изменениями в самочувствии больного.  4. Сообщить врачу обо всех сопутствующих заболеваниях пациента, чтобы он мог правильно подобрать препараты.  5. Следить за регулярностью приёма лекарств больным.  6. Медицинская сестра обязана объяснить и разъяснить больному, как важно следить за приемом лекарств и не нарушать назначенного врачем режима, рассказать, какие последствия ждут, если нарушить назначения врача и объяснить это родственникам больного.  7. ПИТАНИЕ - Следить за тем, чтобы пациент соблюдал диету.  Режим питания: 5 раз в день относительно равномерными порциями.   * Исключены трудноперевариваемые блюда. * Пищу готовят без соли. Температура обычная. * Кулинарная обработка с умеренным механическим щажением. * Общее количество свободной жидкости (включая первые блюда) равняется 1,5 л. * Разрешаются следующие продукты и блюда: Хлеб и хлебобулочные изделия – хлеб бессолевой ржаной и пшеничный, лучше из муки грубого помола, хрустящие хлебцы, несдобное печенье (при наклонности к тучности хлебобулочные изделия ограничиваются). * Супы – преимущественно овощные (щи, борщи, свекольники), крупяные, молочные, на слабом рыбном или мясном бульоне (не более 2-3 раз в неделю). * Блюда из мяса и птицы – нежирные сорта говядины, баранины, свинины, курицы, индейки преимущественно в отварном или запеченном виде или слегка обжаренные после отваривания. * Блюда из рыбы – разнообразная рыба нежирных сортов (треска, окунь, судак, навага, карп, щука, мерлуза и др.), отварная (можно с последующим обжариванием) или запеченная, один раз в неделю разрешается вымоченная сельдь. * Блюда из яиц – не более 1 яйца в день в любом виде. * Блюда из овощей и зелени – из разнообразных овощей (картофель, капуста цветная и белокочанная, тыква, кабачки, помидоры, баклажаны, огурцы, свежие и малосольные – ограниченно). * Разрешается также лук, чеснок, хрен, петрушка, укроп, ограничиваются фасоль, горох, бобы, репа, редис, брюква, щавель, шпинат, грибы. * Блюда из фруктов, ягод и фруктовые соки – любые, ограничиваются виноград и виноградный сок. * Блюда из круп и макаронных изделий – различные рассыпчатые или полувязкие каши, пудинги из овсяной, гречневой, рисовой, пшенной круп, из макарон и вермишели (при избыточном весе крупы и мучные изделия следует ограничить). * Блюда из молока, молочных продуктов – молоко и творог в натуральном виде и в виде блюд, кефир, простокваша, ацидофилин, кумыс, неострые сыры, ограничиваются сметана, сливки, мороженое. * Жиры – преимущественно растительные (до 30 г в день), сливочное или топленое масло (до 20 г в день). * Сладости – сахар (до 50 г в день); мед, варенье, джем употребляются вместо сахара (при наклонности к тучности все сладости резко ограничиваются). * Напитки – некрепкий чай, чай с молоком, фруктовые, ягодные, овощные соки, квас, особенно рекомендуется отвар шиповника; минеральные воды – по назначению врача. * Закуски – нежирная ветчина, докторская колбаса, неострый сыр, вымоченная сельдь (не более 1 раза в неделю), заливная рыба, заливной язык, салаты и винегреты с добавлением продуктов моря (кальмар, морской гребешок, креветки, мидии, морская капуста), овощные диетические консервы, в том числе содержащие продукты моря. * Соусы – на овощном отваре, молочные, фруктовые и ягодные.   **Особенно рекомендуются:**   * Овощи, фрукты и ягоды в сыром виде. Продукты, богатые солями калия (курага, изюм, чернослив, персики, бананы, абрикосы, ананасы, шиповник, картофель, капуста, баклажаны) и солями магния (соя, овсяная, гречневая, пшенная крупы, грецкие орехи, миндаль, отруби). Продукты моря, содержащие кроме перечисленных минеральных солей органический йод (морская капуста, кальмары, морской гребешок, креветки, мидии и др.).   **Больным гипертонической болезнью запрещаются:**   * Жирные сорта мяса, крепкие мясные и рыбные бульоны, крепкий чай и кофе, перец, редька, горчица, мозги, внутренние органы животных, свиное, говяжье, баранье сало, крем, сдоба, острые, солёные, жирные закуски, какао, шоколад, алкогольные напитки.   8. Медсестра обеспечит пациенту удобное положение в постели с приподнятым изголовьем.  9. Обеспечит полный покой пациенту в палате (выключить телевизор, радио, яркий свет).  10. Обеспечит приём и введение лекарственных препаратов (по назначению врача).  11. Медсестра обеспечит наложение горчичников на икроножные мышцы.  12. Обеспечит контроль водного баланса.  13. Медсестра обеспечит контроль за внешним видом/состоянием пациента, ЧД, пульсом, АД, каждые 15 минут.  14. Медсестра обеспечит психологическую поддержку/покой пациенту.  15. Обучит пациента приёмам саморелаксации для профилактики головной боли.  16. Разъяснит пациенту необходимость соблюдения диеты №10 с ограничением соли до 2 - 4 г., жидкости до 1 – 1,5 литров (для профилактики головной боли).  17. Медсестра обучит пациента приёмам самомассажа (отвлечения при появлении головной боли).  **3.**  В ряде случаев нормальная работа сердца может нарушаться, пациенты могут ощущать неритмичный, быстрый или медленный пульс, паузы между сокращениями. Все это называется нарушением ритма сердца или аритмией.  Выделяются несколько видов аритмии:  Наджелудочковые нарушения ритма:   * Фибрилляция и трепетание предсердий * Наджелудочковые пароксизмальные тахикардии * Предсердная экстрасистолия   Желудочковые нарушения ритма:   * Желудочковая экстрасистолия * Желудочковая тахикардия **Оказание неотложной помощи.** При заболеваниях сердечно-сосудистой системы у детей может довольно быстро развиться сердечная недостаточность с возникновением венозного застоя. У больного появляются сердцебиение, одышка, которые требуют оказания помощи. При одышке больному помогают принять удобное сидячее положение, благодаря чему облегчается дыхание. Для этого под спину подкладывают несколько подушек или приподнимают головную часть функциональной кровати. Ребенку с одышкой обеспечивают максимальный приток Свежего воздуха либо дают кислород, одновременно освобождают его от стесняющей одежды, тяжелого одеяла. Появление острых сердечно-сосудистых нарушений требует оказания неотложной помощи.   **Обморок** – остро возникающая недостаточность кровоснабжения головного мозга, выражается внезапной кратковременной потерей сознания. До прихода врача ребенка укладывают горизонтально или с несколько опущенным головным концом. Обеспечивают свободное дыхание: расстегивают воротник, пояс, расслабляют одежду. Широко открывают окна и двери для доступа свежего воздуха. Лицо и грудь опрыскивают холодной водой. Дают вдохнуть нашатырный спирт, для чего смоченную вату подносят к наружным носовым ходам. Тело энергично растирают, затем согревают грелками, нижнюю половину туловища и нижние конечности укутывают теплым одеялом. При отсутствии эффекта вводят лекарственные средства (подкожно кофеин, кордиамин). Если эти мероприятия малоэффективны, то начинают ИВЛ.  **Уход:**  1. Контроль соблюдения лечебно-охранительного режима, провести беседу с пациентом/родителями о заболевании и профилактике осложнений, обострения. 2. Создание физического, психологического покоя. 3. Объяснить пациенту/родителям о необходимости соблюдения постельного режима, контроль соблюдения. 4. Обязательный/постоянный - Контроль за состоянием пациента (АД, пульс, ЧСС, ЧДД, температура тела) 5. Контролировать наличие горшка в палате для пациента (Так же своевременная его смена).  6. Ребенка лучше положить на функциональную кровать, чтобы в случае необходимости можно было создать удобные для него положения. Обычно это положение полусидя. 7. Мероприятия по личной гигиене, кормление ребенка проводят в постели. 8. Помещение, где находится больной, должно быть просторным, светлым, хорошо проветриваться, проводится влажная уборка. Температура воздуха в помещении не должна превышать 18-20°С. 9. Смена постельного, нательного белья.  10. При необходимости и состоянии ребенка проводится оксигенотерапия.  11. При длительном постельном режиме возможно развитие пролежней, поэтому необходим тщательный уход за кожей. Ежедневно кожу протираем.  12. Питание должно быть полноценным, с большим содержанием витаминов С и группы В, ограничением соли. Обязательно регистрируют количество выпитой жидкости и диурез. В пищевом рационе несколько ограничивают белки и жиры. Пищу принимают 4-5 раз в день, последний прием — не позже чем за 3 ч до сна. Если ребенок в качестве лечения принимает глюкокортикоидные гормоны, то он должен дополнительно получать продукты, богатые солями калия: изюм, курага, чернослив, картофель, капуста и т.д 13. Рекомендовать родителям принести любимые книжки, игрушки. 14. Проведение беседы с пациентом и/или родителями об особенностях состояние больного/заболевания, питания, о необходимости соблюдения диеты, контроль соблюдения диеты. 15. Выполнять назначения врача. 16. Контроль физиологических отправлений (цвет, запах, количество, консистенция). 17. Подготовка пациента/мамы к различным, необходимым обследованиям. 18. Контроль за медикаментозным лечением, своевременно оказать не отложную помощь ребенку.  Составьте чек листы следующих манипуляций:   * **Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований**   **Сбор мочи для анализа у детей раннего возраста.**  **Оснащение:**   * Бикс или крафт-пакет со стерильным материалом * Антисептический раствор * Перчатки * Чистая сухая емкость * Мочеприемник * Клеенка * Пеленки * Направление * Два лотка * Ножницы   **Выполнение манипуляции:**   1. Вымыть руки, надеть перчатки. 2. Постелить клеенку, пеленку. 3. Ребенка подмыть, обсушить. 4. Зафиксировать мочеприемник. 5. После мочеиспускания отклеить мочеприемник с мочой и перелить в емкость, обрезав нижний край мочеприемника над баночкой.   **Заключительный этап:**  1.Ребенка запеленать, уложить в кроватку.  2.Снять перчатки и вымыть руки.  3.Оформить направление на исследование.  **Сбор мочи на общий анализу девочек раннего возраста.**  **Оснащение:**   * резиновые перчатки * полотенце, клеенка * резиновый круг и две пеленки * тарелка * сухая чистая баночка для мочи с этикеткой * бланк-направление   *Обязательное условие:*  Не допускать длительного хранения мочи, так как при ее хранении происходит разложение форменных элементов, изменяется реакция мочи, вследствие чего значительно искажаются результаты исследования.  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Выписать направление в клиническую лабораторию. 4. Вымыть и осушить руки, одеть перчатки. 5. Положить на постель клеенку. 6. Слегка надуть резиновый круг и обернуть его пеленками. 7. Поставить на клеенку тарелку и положить на нее обернутый пеленками резиновый круг (края пеленки не должны попадать в тарелку). 8. Просушить половые органы полотенцем промокательными движениями. 9. Подмыть девочку под проточной водой в направлении спереди назад.   **Выполнение процедуры:**   1. Уложить девочку на резиновый круг. 2. Под голову подложить подушку. 3. Открыть кран и попоить водой. 4. После мочеиспускания снять девочку с круга. 5. Пеленкой или полотенцем осушить половые органы ребенка промокательными движениями.   **Завершение процедуры:**   1. Осторожно снять из тарелки собранную мочу в чистую сухую баночку. 2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки. 3. Организовать транспортирование полученного материала в лабораторию не позднее одного часа после сбора.   **Суточная моча.**   * Подготовить контейнер для сбора суточной мочи. * Перед каждым сбором мочи проводить тщательный гигиенический туалет половых органов. * После утреннего подъема полностью опорожнить мочевой пузырь в унитаз и отметить это время (напр., 5/12/10, 7:00). * Каждое мочеиспускание следует производить в чистую сухую посуду и потом мочу осторожно переливать в контейнер для сбора суточной мочи. * Вся моча, полученная в ходе сбора в течение дня и ночи в последующие 24 часа, должна быть помещена в контейнер. * Нельзя производить мочеиспускание напрямую в контейнер. * Контейнер для суточной мочи должен храниться в холодильнике при температуре 4-8 °с)! * Последний сбор мочи следующим утром, примерно в то же время ,отметить конечное время сбора(напр., 6/12/10, 7:00). * Очень важно как можно быстрее доставить контейнер в лабораторию.   **Проба по Нечипоренко.**  Исследование мочи по методу Нечипоренко применяется для количественного определения форменных элементов (эритроциты, лейкоциты) с целью диагностик воспалительных заболеваний почек.  Для этого исследования утром нужно взять среднюю порцию мочи. Для анализа достаточно 10-20 мл, но пациент должен знать,  Что пробу по Нечипоренко нельзя проводить одновременно с исследованием мочи на общий анализ.  **Проба по Зимницкому.**  Исследование мочи по методу Зимницкого применяется для определения концентрационной и выделительной способности почек в условиях обычного режима пациента.  Исследуется суточная моча, собираемая по определенной схеме в 8 банок.  Определяется дневной, ночной, суточный диурез, а также в каждой порции собранной мочи - количество и относительная плотность.  **Техника сбора мочи:**   * Накануне необходимо соблюдать обычный питьевой режим. * В 6 часов утра обследуемый опорожняет мочевой пузырь. * Через каждые 3 часа собирается 8 порций мочи - каждая в отдельную посуду:   • с 6-9часов;  • с 9-12 часов;  • с 12-15 часов;  • с 15-18 часов;  • с 18-21 часов;  • с 21-24 часов;  • с 24-3 часов;  • с 3-6 часов   * **Постановка согревающего компресса**   **Согревающий компресс на ухо.**  **Оснащение:**   * марлевая салфетка из 6-8 слоев * 40 град. спирт или камфорное масло * компрессная бумага, ножницы, бинт * вата толщиной 2-3 см   **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить все необходимое оснащение. 3. Вымыть и осушить руки. 4. Приготовить слои компресса:  * марлевую салфетку сложить в 6-8 слоев, сделать в ней отверстие для уха в центре; * компрессная бумага – на 2см больше салфетки тоже с отверстием в центре; * кусок ваты на 2см больше, чем компрессная бумага.   **Выполнение процедуры:**   1. Смочить марлевую салфетку в 400С спирте, слегка отжать и положить ее на чистую сухую кожу ребенка. 2. Ухо ребенка продеть через отверстие в центре салфетки. 3. Поверх салфетки положить компрессную бумагу (полиэтиленовую пленку), так же продев в отверстие ушную раковину. 4. Накрыть эти слои слоем ваты и укрепить компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии. 5. Напомнить ребенку/маме, что компресс наложен на 4-6 часов. 6. Через 1,5-2 часа после наложения компресса пальцем, не снимая повязки, проверить влажность салфетки.   **Завершение процедуры:**   1. Снять компресс через положенное время, вытереть кожу и надеть шапочку ребенку. 2. Вымыть и осушить руки.  * **Разведение и введение антибиотиков**   **Разведение антибиотиков и введение необходимой дозы ребенку.**  **Оснащение:**   * резиновые перчатки * флакон с антибиотиком * растворитель для антибиотика * разовый шприц с иглами * 70% этиловый спирт * стерильный столик с ватными шариками, пинцетом * лоток для отработанного материала   *Обязательное условие:*  В педиатрической практике чаще используют разведение в соотношении 2:1, то есть на каждые 100 000 ЕД антибиотика, берется 0,5 мл растворителя. Таким образом в приготовленном растворе в 1 мл содержится 200 000 ЕД. антибиотика. В случае небольших доз лекарственного вещества возможно использование разведения 1:1, то есть на каждые 100 000 ЕД. антибиотика, берется 1 мл растворителя ( а в растворе в 1 мл содержится 100 000 ЕД антибиотика).  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Прочитать надпись на флаконе и растворителе (наименование, доза, срок годности). 4. Определить необходимое количество растворителя для соответствующего разведения антибиотика. 5. Определить количество готового раствора, которое необходимо набрать в шприц, чтобы обеспечить введение назначенной дозы лекарственного вещества. 6. Вымыть и осушить руки, обработать антисептиком. 7. Вскрыть упаковку шприц (сбросить в лоток). Надеть на него иглу с колпачком, зафиксировать иглу на шприце. Снять с иглы колпачок (сбросить в лоток). Собранный шприц поместить на стерильный лоток. 8. Ватным шариком, смоченным этиловым спиртом, обработать крышечку флакона с антибиотиком, вскрыть ее и вновь обработать спиртом (ватный шарик оставить на флаконе). 9. Протереть шейку ампулы растворителем ватным шариком со спиртом, надрезать пилкой. Накрыть стерильной салфеткой и надломить (ватный шарик бросить в лоток). 10. Набрать в шприц рассчитанное количество растворителя (пустую ампулу от растворителя бросить в лоток), убрать шарик с флакона и, проколов иглой резиновую пробку, ввести растворитель во флакон с сухим антибиотиком. 11. Отсоединяет цилиндр шприца от иглы (игла остается во флаконе), осторожно встряхивает флакон до полного растворения порошка а/б. 12. Поднять флакон вверх дном и набрать необходимое количество раствора. 13. Сменить иглу для инъекции (0840), удалить воздух в колпачок 14. На стерильный лоток поместить готовый 15. шприц и 3 стерильных шарика со спиртом. 16. Накрыть стерильной салфеткой.   **Выполнение процедуры:**   1. Надеть стерильную маску. 2. Обработать руки антисептическим раствором, надеть перчатки, обработать их спиртом. 3. Уложить пациента. Обработать верхний наружный квадрант ягодицы 70% этиловым спиртом, двумя шариками (большое и малое поле). 4. Левой рукой собрать кожу и мышцу в складку. 5. Ввести иглу в мышцу под углом 900 оставив, 2-3 мм на поверхности кожи. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство, придерживая канюлю. 6. Извлечь иглу, прижать место инъекции стерильным шариком, смоченным 70% спиртом. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты от кожи. 7. Спросить пациента о самочувствии. Забрать у пациента шарик, и замочить в дезинфицирующем растворе. 8. Провести этап дезинфекции использованного 9. материала, шприца, игл. 10. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствори вымыть руки.  * **Наложение горчичников детям разного возраста**   **Постановка горчичников детям раннего возраста.**  **Оснащение:**   * лоток с водой * горчичники * резиновые перчатки * лоток с растительным маслом * 4-х слойная салфетка * пеленка, одеяло * лоток для обработанного материала   *Обязательное условие:*  Горчичники ставятся при температуре тела не выше 380C на неповрежденную кожу.  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры. 2. Подготовить все необходимое оснащение. 3. Проверить пригодность горчичников (горчица не должна осыпаться с бумаги, иметь резкий запах). 4. Вымыть и осушить руки. 5. Раздеть ребенка по пояс, осмотреть кожные покровы.   **Выполнение процедуры:**   1. Смочить салфетку в теплом растительном масле, отжать и положить на спинку ребенка. 2. Смочить горчичники в воде 40-450С в течение 5-10сек. 3. Поместить горчичники горчицей вниз на салфетку так, чтобы позвоночник находился между горчичниками. 4. Фиксировать горчичники пеленкой вокруг грудной клетки ребенка и укрыть ребенка одеялом. 5. Держать горчичники до стойкой гиперемии кожи, периодически контролируя её состояние.   **Завершение процедуры:**   1. Снять горчичники, сбросить их в лоток для отработанного материала. 2. Тепло укутать ребенка и уложить на 1 час. 3. Вымыть и осушить руки.  * **Физическое охлаждение при гипертермии.**   **Методы физического охлаждения.**  **Физическое охлаждение с помощью льд**а.  **Оснащение:**   * пузырь для льда * кусковый лед * деревянный молоток * флаконы со льдом * пеленки 3-4 шт. * часы   *Обязательное условие:*  При проведении гипотермии необходимо осуществлять контроль температуры через 20-30 минут и проводить коррекцию мероприятий с учетом повторной термометрии.  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить ребенку (маме) цель и ход выполнения процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Вымыть и осушить руки. 4. Поместить кусковой лед в пеленку. 5. Разбить его на мелкие части (размером 1-2см) деревянным молотком. 6. Наполнить пузырь со льдом на ½  объема и долить холодной водой (t = 14 – 160C) до 2/3 объема. 7. Завернуть пузырь в сухую пеленку.   **Выполнение процедуры:**   1. Приложить пузырь со льдом к голове ребенка на расстоянии 20-30см. Проверить расстояние между пузырем и головой ребенка, расположив между ними ребро. 2. Для охлаждения можно использовать флаконы со льдом, приложив их на области крупных сосудов (боковые поверхности шеи, подмышечные, паховые складки, подколенные ямки), предварительно обернуть флаконы салфеткой. 3. Зафиксировать время.   *Примечание:* длительность процедуры 20-30 мин. Места приложения флаконов необходимо менять через 10-15 минут. При необходимости повторения процедуры перерыв должен составлять не менее 10-15 мин. По мере таяния льда сливать воду из пузыря и подкладывать в него кусочки льда, менять флаконы.  **Завершение процедуры:**   1. Через 20-30 мин повторно измерить температуру тела ребенка. 2. Провести коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии.   **Физическое охлаждение с помощью обтирания.**  **Оснащение:**   * этиловый спирт 70°; * вода 12-14 град; * ватные шарики; * почкообразный лоток; * часы.   *Обязательное условие:*  При проведении гипотермии необходимо осуществлять контроль температуры через 20-30 мин. и проводить коррекцию мероприятий с учетом повторной термометрии.  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Вымыть и осушить руки. 3. В почкообразном лотке развести спирт с водой в соотношении 1:1. 4. Раздеть ребенка. 5. Осмотреть кожные покровы.   **Выполнение процедуры:**   1. Ватным тампоном, смоченным в 40% спирте, протереть участки, где крупные сосуды проходят близко к поверхности кожи: височную область, область сонных артерий, подмышечные впадины, локтевые, подколенные сгибы, паховые области. Сбросить тампон в лоток. 2. Повторять протирание складок каждые 10-15 минут.   **Завершение процедуры:**   1. Через 20-30 мин повторно измерить температуру тела ребенка. 2. Провести коррекцию мероприятий с учетом данных термометрии.   **Уксусное обертывание.**  **Оснащение:**   * уксус столовый 6%; * вода 12-140С; * емкость для приготовления уксусного раствора; * тонкая пеленка; * подгузник; * салфетка; * часы.   *Обязательное условие:*  При проведении гипотермии необходимо осуществлять контроль температуры через 20-30 мин. и проводить коррекцию мероприятий с учетом данных повторной гипотермии.  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Вымыть и осушить руки. 4. В емкости развести уксус с водой в соотношении 1:1 5. Раздеть ребенка. 6. Осмотреть кожные покровы ребенка.   **Выполнение процедуры:**   1. Свернуть тонкую пеленку в виде гармошки. 2. Смочить ее в уксусном растворе. 3. Отжать пеленку и разложить ее на ровной поверхности. 4. Уложить ребенка на пеленку так, чтобы ею можно было укрыть все тело, а верхний край находился на уровне мочки уха. 5. Прикрыть половые органы подгузником. 6. Руки малыша поднять вверх и одной стороной пеленки покрыть грудную клетку и живот ребенка, приложив край пеленки между ножками. Опустить руки ребенка и прижать их к туловищу, обернув другим краем пеленки. 7. Свернуть из салфетки валик и обернуть им шею ребенка. 8. Зафиксировать время. В течение 20-30 мин. повторно смачивать в уксусном растворе по мере ее нагревания и вновь обворачивать ею ребенка.   **Завершение процедуры:**   1. Через 20-30 мин повторно измерить температуру тела ребенка. 2. Провести коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии.  * **Оценка клинического анализа мочи**   **Алгоритм оценки анализов мочи по различным методикам.**  **Общий анализ мочи:**  Цвет – соломенно-желтый или желтый.  Прозрачность- полная.  Реакция – кислая.  Белок - до 0,033%.  Глюкоза- нет.  **Микроскопия осадка**  желчные пигменты нет  эритроциты 0-1 в поле зрения  лейкоциты 0 - 4 в поле зрения  соли, слизь – нет  **Анализ мочи по Нечипоренко:**  Лейкоциты – 2,0x10 /л или 2000/мл.  Эритроциты до 1,0x 10 / или до 1000/ мл.  Анализ мочи на стерильность  микробное число (МЧ) до 100 000 МТ.  **Анализ мочи по Зимницкому**   |  |  | | --- | --- | | Выделительная функция | Концентрационная функция | | Диурез 600+100 (n-1)  Соотношение ДД: НД=2 или 3:1 | Изменение плотности мочи в течение суток  Должно быть менее 7 | | Заключение:  Выделительная функция | Концентрационная функция |   *Примечание:* ДД – дневной диурез (с 6 до 18 часов).  НД – ночной диурез (с 18 до 6 часов).   |  |  | | --- | --- | | **Анализ мочи №8** | | | Дата 6 05 2020г.  Краевая клиническая детская больница  Отделение нефрологии  Ф.И.О. Колпакова В.С. 14 лет | | | РЕБЕНОК | НОРМА | | Количество 150 мл  Цвет – желтая  Прозрачность – мутная  Относительная плотность 1023  Реакция – слабокислая  Белок – 1,03 г/л  Глюкоза – нет  **Микроскопия осадка:**  Эпителий – сплошь в поле зрения  Лейкоциты – сплошь в поле зрения  Эритроциты – 3 – 5 в поле зрения  Цилиндры – 2 – 3 в поле зрения  Бактерий – +++  Соли – нет | Цвет – соломенно- желтый  Прозрачность – полная, чистая Плотность 1021-1025 Реакция – слабокислая  Белок – до 0,033%. Глюкоза – нет Эпителий – нет Лейкоциты – меньше 2 Эритроциты – 0,2 в п.з. Цилиндры – нет Бактерии – нет Соли – нет |   **Ответ:** По показаниям у ребенка пиелонефрит.  ТЕСТ   * Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в кардиологии и пульмонологии  1. Причина относительно низкого АД у детей   **а) малый объем левого желудочка, широкие артерии**  б) малый объем левого желудочка, узкие артерии  в) большой объем левого желудочка, широкие артерии  г) большой объем левого желудочка, узкие артерии   1. При ревматизме у детей преимущественно поражается ткань   а) эпителиальная  **б) соединительная**  в) мышечная  г) нервная   1. Наиболее часто ревматизм развивается у детей в возрасте (лет)   а) 1–3  б) 3–6  **в) 7–15**  г) 15–17   1. Поражение нервной системы при ревматизме у детей проявляется развитием   а) анулярной эритемы  б) спазмофилии  в) эклампсии  **г) хореи**   1. Ведущий клинический симптом ревматического миокардита у детей   а) слабость  б) снижение аппетита  в) недомогание  **г) боль в области сердца**   1. Ревматическая хорея у детей проявляется   **а) гиперкинезами**  б) ларингоспазмом  в) пилоростенозом  г) удушьем   1. Ревматический полиартрит у детей характеризуется поражением   а) суставов позвоночника  б) мелких суставов конечностей  **в) крупных суставов конечностей**  г) реберно-грудинных суставов   1. Этиотропная терапия при ревматизме у детей — применение препаратов   **а) антибактериальных**  б) гипотензивных  в) диуретических  г) противовоспалительных   1. Вторичная профилактика ревматизма у детей проводится   **а) бициллином-5**  б) димедролом  в) бисептолом  г) коргликоном   1. Диагностика пороков сердца основывается на   а) общем анализе крови  б) биохимическом анализе крови  **в) ультразвуковом исследовании сердца**  г) велоэргометрии   1. Потенциальная проблема при ревматизме   а) деформация мелких суставов  б) деформация крупных суставов  в) развитие анкилоза  **г) формирование порока сердца**   1. Диета при сердечно-сосудистых заболеваниях в остром периоде   а) № 5  б) № 7  **в) № 10**  г) № 9   1. При отеке легких у детей проводится   а) оксигенотерапия  **б) оксигенотерапия через пеногасители**  в) постановка банок  г) постановка горчичников   1. При уходе за ребенком с сердечной недостаточностью в питании следует ограничить   а) белки, жиры  б) белки, углеводы  в) жидкость, жиры  **г) жидкость, поваренную соль**   1. Ведущий клинический симптом обструктивного бронхита у детей   а) боль в грудной клетке  б) лихорадка  **в) экспираторная одышка**  г) инспираторная одышка   1. Основной симптом острого бронхита у детей   а) слабость  б) недомогание  в) снижение аппетита  **г) кашель**   1. Лихорадка, одышка, кашель, локальное укорочение перкуторного звука у детей характерны для   а) острого бронхита  б) хронического бронхита  **в) острой пневмонии**  г) бронхиальной астмы   1. Решающее значение в диагностике пневмонии у детей имеет   а) общий анализ крови  б) общий анализ мочи  **в) рентгенография легких**  г) спирография   1. Для определения этиологического фактора пневмонии у ребенка следует провести   а) общий анализ крови  б) общий анализ мочи  в) рентгенографию легких  **г) посев мокроты**   1. Этиотропная терапия пневмонии у детей — применение препаратов   **а) противомикробных**  б) десенсибилизирующих  в) отхаркивающих  г) бронхолитических   1. Бронхиальная астма у ребенка характеризуется   а) лихорадкой  б) судорогами  **в) приступом удушья**  г) отеками   1. Для купирования приступа бронхиальной астмы у детей используют β-адреномиметик   а) димедрол  б) интал  в) преднизолон  **г) сальбутамол**   1. Для профилактики приступов бронхиальной астмы у детей применяют   а) пипольфен  **б) беклометазон**  в) эуфиллин  г) эфедрин   1. Сестринское вмешательство при приступе бронхиальной астмы   а) введение эуфиллина  **б) проведение отвлекающих процедур**  в) введение антибиотиков  г) проведение оксигенотерапии   1. Клинические симптомы назофарингита у детей   а) отеки  б) желтуха  в) кровотечения  **г) кашель**   1. Осложнение ларинготрахеита   а) пилоростеноз  **б) стеноз гортани**  в) пневмоторакс  г) плеврит   1. Причина затруднения дыхания при остром рините у детей   **а) отек слизистой, гиперсекреция слизи**  б) отек слизистой, гиперсекреция мокроты  в) атрофия слизистой, гиперсекреция слизи  г) атрофия слизистой, гиперсекреция мокроты   1. Возможное осложнение ринита у грудных детей   **а) отит**  б) асфиксия  в) ложный круп  г) ангина   1. При остром рините детям раннего возраста вводятся лекарственные препараты   а) антибактериальные  б) антигистаминные  **в) сосудосуживающие**  г) сосудорасширяющие   1. Ведущим симптомом при остром отите у детей является   а) кашель  б) одышка  в) боль в грудной клетке  **г) боль в ухе**   1. При остром отите у детей применяют   а) горчичники  б) банки  в) холодный компресс на область уха  **г) согревающий компресс на область уха**   1. Стенотическое дыхание, изменение тембра голоса, грубый кашель наблюдается удетей при   **а) ларингостенозе**  б) трахеите  в) бронхите  г) пневмонии   1. При остром бронхиолите у детей развивается выраженная недостаточность   **а) дыхательная, сердечно-сосудистая**  б) дыхательная, почечная  в) печеночная, почечная  г) печеночная, надпочечниковая   1. При остром бронхите у детей применяют отхаркивающую микстуру с   **а) термопсисом**  б) толокнянкой  в) валерианой  г) пустырником   1. При уходе за ребенком с острым бронхитом для лучшего отхождения мокроты медсестра осуществляет   а) оксинотерапию  б) оксинотерапию через пеногасители  в) постановку горчичников на грудную клетку  **г) вибрационный массаж, постуральный дренаж** |  |  |