



Міністерство освіти і науки України
Міністерство охорони здоров'я України
Сумський державний університет
Навчально-науковий медичний інститут

6042 Методичні вказівки

до практичних занять

на тему *«Організація роботи поста медичної сестри.*

Медична документація, порядок її ведення»

з дисципліни **«Сестринська практика»**

(згідно з умовами Болонського процесу)

для здобувачів спеціальності 222 *«Медицина»*

очної форми здобуття вищої освіти

Суми
Сумський державний університет
2025

Методичні вказівки до практичних занять на тему «Організація роботи поста медичної сестри. Медична документація, порядок її ведення» з дисципліни «Сестринська практика» / укладачі: О. І. Сміян, В. О. Бугасенко, А. М. Кальченко, В. А. Горбась. – Суми : Сумський державний університет, 2025. – 81 с.

Кафедра педіатрії НН МІ



Цей твір ліцензовано на умовах

[Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

(Із Зазначенням Авторства-Некомерційна-Поширення
на тих самих умовах 4.0 Міжнародна)

ВСТУП

Проходження виробничої практики для студентів 3-го курсу – роль медичної сестри педіатричного відділення ґрунтується на основі робочої програми, розробленої з урахуванням вимог до практичної підготовки студентів медичних закладів вищої освіти України III–IV рівнів акредитації за спеціальністю 222 «Медицина» та згідно з умовами кредитно-модульної системи за Болонським процесом навчання.

Своєрідність проходження виробничої практики студентами 3-го курсу «Сестринська практика. Практика педіатрична» в клініці кафедри педіатрії полягає в тому, що саме на цій кафедрі розпочинається вивчення педіатрії як науки про здорову та хвору дитину, а також викладаються теоретичні та практичні аспекти загального й посистемного догляду за дітьми, як за здоровими, так і за хворими, формуються засади для подальшого вивчення педіатрії.

ОСНОВНОЮ МЕТОЮ сестринської практики є досягнення основних кінцевих цілей, визначених у освітньо-професійній програмі підготовки спеціалістів за спеціальністю 222 «Медицина» на основі вивчення питань загального догляду за дітьми з різною соматичною, інфекційною та хірургічною патологією, організації роботи медичної сестри (брата), питань надання кваліфікованої долікарської медичної допомоги, засвоєння правил виконання медичних маніпуляцій. Методичні вказівки розроблені для здобувачів денної форми навчання за напрямом підготовки 222 «Медицина» та для медсестер лікувальних закладів, які щойно влаштовуються на роботу для повторення найбільш важливих моментів щодо функціональних обов'язків медичної сестри

(брата). Згідно з навчальним планом дисципліни передбачена форма підсумкового контролю – залік. Оцінювання знань здійснюють на кожному практичному занятті та в кінці семестру.

ЗАВДАННЯ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ

1. Вивчення основних функціональних обов'язків медичної сестри дитячого відділення.

2. Ознайомлення та засвоєння основних нормативних актів, наказів, якими регламентовані функціональні обов'язки медичної сестри дитячого відділення.

3. Набуття та вдосконалення професійних навичок медичної сестри дитячого відділення.

4. Закріплення на практиці теоретичних знань із базових дисциплін.

5. Поглиблення та систематизація знань і вмінь щодо догляду за здоровими та хворими дітьми відповідно до принципів медичної деонтології та етики.

6. Опанування навичок диференційованого догляду за дітьми з найбільш поширеною патологією дитячого віку.

ЗМІСТ ПРАКТИКИ

Під час вивчення навчальної дисципліни «Сестринська практика. Практика педіатрична» викладачі кафедри проводять практичні заняття з оцінювання знань студентів із теоретичних питань сестринської практики: знання нормативних актів, правил додержання санітарно-гігієнічних та інших вимог дитячої лікарні, особливостей догляду за дітьми з різною патологією, правила оформлення медичної документації, правила виконання медичних маніпуляцій, надання невідкладної долікарської допомоги при критичних станах. Упродовж практики

студент закріплює теоретичні аспекти у відділеннях лікарні разом із медичною сестрою (братом), бере участь у підготовці та випуску санбюлетенів. У кінці сестринської практики викладач ставить оцінку згідно з умовами Болонського процесу.

ЗМІСТ РОБОТИ СТУДЕНТА

КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- засвоєння функціональних обов'язків та основних законодавчих і нормативних актів, що регламентують роботу медсестри дитячого відділення;
- опанування навичок організації роботи медичної сестри дитячого відділення;
- набуття професійних навичок медичної сестри педіатричного відділення;
- удосконалення вміння щодо догляду за дітьми та вигодовування.

СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

- структуру дитячих лікувально-профілактичних закладів, особливості організації їх роботи;
- основні статистичні показники діяльності дитячих лікувально-профілактичних закладів;
- організацію роботи відділень дитячої лікарні;
- обсяг і форми роботи лікаря-педіатра, медичної сестри, їх права та обов'язки;
- методику антропометричних та термометричних вимірювань у дітей;
- медичну документацію, правила її ведення, документацію медичної сестри та лікаря-педіатра;
- медичну кату стаціонарного хворого (розвитку дитини) в дитячій лікарні та консультативно-діагностичного відділення (КДВ, раніше мала назву дитяча поліклініка);

- правила обліку та зберігання ліків;
- особливості забезпечення особистої гігієни персоналу та дітей;
- правила вигодовування дітей;
- правила нагляду та догляду за дітьми з патологією дихальної системи (ДС), серцево-судинної системи (ССС), шлунково-кишкового тракту (ШКТ), сечовидільної системи (СВС), з лихоманкою;
- профілактику пролежнів;
- лабораторні методи дослідження функціонального стану органів та систем дитячого організму;
- правила та техніку взяття матеріалу для дослідження.

СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:

- оформити хвору дитину до стаціонару;
- оглянути на педикульоз і провести санітарне оброблення;
- провести антропометричні та термометричні вимірювання в дітей;
- виміряти АТ, оцінити пульс та правильно зареєструвати дані в медичній карті стаціонарного хворого;
- оформити медичну документацію;
- роздати лікарські засоби дітям;
- провести туалет дитини;
- пеленати, годувати дитину до 1 року життя;
- підготувати та виконувати гігієнічні та лікувальні ванни;
- проводити профілактику пролежнів;
- проводити нагляд та догляд за дітьми з патологією ДС, ССС, ШКТ, СВС та лихоманкою;
- проводити взяття матеріалу для дослідження з носу, зіва, калових мас, із перианальних складок;

- підготувати хворого до рентгенологічного та ендоскопічного досліджень;
- оцінити випорожнення;
- прийняти та здати чергування;
- проводити санітарно-просвітницьку роботу у відділеннях лікарні та КДВ.

Організація роботи поста медичної сестри.

Медична документація, порядок її ведення.

Законодавчі та нормативні акти, що регламентують роботу медсестри педіатричного відділення.

Структура та функції педіатричного відділення.

Функціональні обов'язки медичної сестри педіатричного відділення. Документація, що заповнює медичн сестра. Термометрія, вимірювання артеріального тиску, дослідження пульсу. Правила введення дітям лікарських засобів через рот

Актуальність теми

Медична сестра, є важливою ланкою у сфері охорони здоров'я, без якої неможливе формування, підтримання, збереження й відновлення здоров'я громадян України. Це особа, яка пройшла підготовку з основної програми навчання, одержала достатню кваліфікацію та має право виконувати відповідальну роботу щодо сестринського обслуговування населення, профілактики захворювань, догляду за хворими дітьми та надання невідкладної допомоги, водночас додержуючись правил професійної етики та деонтології.

Правила ведення медичної документації є відповідальним обов'язком як лікаря-педіатра, так і медичної сестри. По-перше, це обумовлено тим, що в документах знаходяться дані про стан здоров'я дитини. По-друге, документи мають юридичне значення. Отже,

від правильного й чіткого ведення медичної документації залежить правильна інтерпретація даних медичного обстеження, обґрунтування та правильна постановка діагнозу, призначення ефективного лікування. Майбутнім лікарям потрібно відповідально ставитися до змісту й правил ведення медичної документації.

Медицині властиві норми моралі та етики, які визначаються соціально-політичним устроєм.

Оновлення медичної освіти потребує якісно нових вимог до підготовки майбутніх медиків. Одним з основних завдань сучасної медичної освіти є формування навчального процесу не лише в площині засвоєння знань та оволодінням уміннями, навичками, але й процесом розвитку когнітивних виявів та особистісного становлення студента. Усе це нерозривно пов'язане з реформуванням сестринської справи та впровадженням медсестринського процесу в навчальних закладах та вдосконалення системи загальної підготовки фахівців-медиків середньої ланки. Адже підготовка спеціалістів із медсестринства, спроможних планувати та здійснювати самостійний догляд за пацієнтом, допомагати йому у вирішенні функціональних, соціальних і психологічних проблем саме засвідчує відповідність вимогам вітчизняних і закордонних стандартів.

Саме тому навчальна дисципліна «Сестринська практика. Практика педіатрична» ставить перед собою мету навчити студентів оволодіти професійною медичною термінологією, грамотно й правильно засвоювати теоретичні знання та практичні уміння під час здійснення медсестринського процесу. Формування власного погляду на професію, ознайомлення з моральними концепціями, принципами й традиціями медсестринської справи дасть можливість студентам краще зрозуміти сутність майбутньої професії.

Методичні вказівки мають за мету надати допомогу студентам у підготовці до практичних занять та складанні підсумкових тематичних контролів із навчальної дисципліни «Сестринська практика. Практика педіатрична».

У цій розробці наведено основні питання підготовки студентів до практичних занять, тести та задачі для вирішення, перелік тем самостійної роботи, питання для перевірки рівня знань, а також перелік рекомендованої літератури.

За методикою організації методичні вказівки спрямовані на контроль засвоєння теоретичного матеріалу й формування практичних умінь та навичок, а також уміння аналізувати й застосовувати здобуті знання для вирішення практичних завдань з основ медсестринства. Методичні вказівки допоможуть студентам у підготовці до практичних занять, у самостійній роботі з літературою та до заліку.

З історії розвитку сестринської справи

За часів Середньовіччя в Україні не було навчальних медичних закладів, а мистецтво лікувати й доглядати за хворими передавалося з покоління в покоління від батьків дітям або на зразок ремісничого учнівства при монастирях. Наприкінці XVIII ст. Київський військовий шпиталь почав приймати хлопчиків віком від 13 до 16 років для підготовки помічників, а згодом фельдшерів для самостійної роботи. З 30-х років XIX ст. допоміжних медичних працівників офіційно стали називати фельдшерами. Відкриття перших навчальних закладів для підготовки медичних сестер у Західній Україні починається з першої школи медичних сестер, яка була створена лише в 1895 році при загальній лікарні у Львові.

З 1995–1996 років почали відкриватися факультети сестринської справи в медичних університетах та академіях України. 30 січня 1996 року МОЗ України видає наказ «Про створення Національної програми розвитку медсестринства України».

Нині завдяки трансформації медичної системи здобувати престижну професію медсестри рівня бакалавр вигідно, адже це розширює спектр можливостей, збільшує можливості для розвитку та самореалізації.

Щорічно 12 травня – у день народження видатної англійки Флоренс Найтінгейл, яка організувала перші у світі бригади сестер милосердя, відзначають Всесвітній день медичної сестри. В Україні його святкують з 1997 року за ініціативи Міністерства охорони здоров'я та Асоціації медичних сестер України. Значна кількість напрацювань цієї видатної англійки втілена в життя і є актуальною на сьогоднішній день. Міжнародної рада медичних сестер і Всесвітня організація охорони здоров'я, приймає Етичний кодекс.

Етичний кодекс професійної етики міжнародної ради медсестер

На медсестру покладено чотири основні обов'язки: зберігати здоров'я, запобігати захворюванням, відновлювати здоров'я та полегшувати страждання.

Потреба в роботі медсестри універсальна. Сестринська справа передбачає повагу до життя, гідності та прав людини. Вона не має обмежень за національними або расовими ознаками, за ознаками віросповідання, кольору шкіри, віку, статі, політичного або соціального стану. Медсестри надають медичну допомогу окремим особам, сім'ям і спільнотам також ординують свою діяльність з роботою інших груп.

Медсестра й пацієнти

Основну відповідальність медсестра несе перед тими, хто має потребу в її допомозі. Надаючи допомогу, медсестра намагається створити атмосферу чемного ставлення до цінностей, звичаїв і духовних переконань пацієнтів. Медсестра зберігає отриману конфіденційну особисту інформацію і ділиться нею з великою обережністю.

Медсестра й практика

На медсестрі лежить особиста відповідальність за здійснення сестринської справи на практиці й за постійне вдосконалення кваліфікації. Медсестра намагається виконувати роботу на найбільш високому рівні, можливому в даній ситуації. Медсестра приймає виважені рішення про особисту компетенцію, даючи й беручи на себе доручення. Виконуючи професійні обов'язки, медсестра повинна постійно поводитися так, щоб не підірвати довіру до професії.

Медсестра й суспільство

Медсестра, як і інші громадяни, несе відповідальність за здійснення та підтримку заходів, спрямованих на задоволення суспільних запитів у галузі охорони здоров'я.

Медсестра й співробітники

Медсестра підтримує стосунки співробітництва з іншими медсестрами та з тими, з ким їй доводиться працювати в інших галузях. Медсестра вживає необхідних заходів для безпеки пацієнта, якщо існує загрозою стану з боку працівників або інших людей.

Медсестра та її професія

Медсестра виконує головну роль у визначенні та втіленні бажаних стандартів сестринської практики, а

також спеціальної освіти. Медсестра бере активну участь у розвитку професійних знань. Медсестра, працюючи в професійній організації, бере участь у розробленні й забезпеченні справедливих соціальних та економічних умов праці.

Асоціація медичних сестер України створила та прийняла в 1999 році на I з'їзді медичних сестер України свій етичний кодекс.

Медичні сестри України приймають етичний кодекс, ураховуючи велике значення морально-етичних норм в охороні здоров'я населення, важливу роль медичної сестри, як представника однієї із наймасовіших медичних професій у суспільстві, а також керуючись сучасними етико-нормативними документами міжнародних медичних організацій.
URL: https://med.expertus.com.ua/content/attachments/etychnyi-kodeks-medsestry_1660659336765.pdf.

КЛЯТВА ФЛОРЕНС НАЙТІНГЕЙЛ

Перед Богом і перед обличчям зібрання я урочисто обіцяю вести життя, сповнене чистотою, і чесно виконувати свої професійні обов'язки.

Я буду утримуватися від усього отруйного та шкідливого й ніколи свідомо не використаю та не призначу ліків, які можуть завдати шкоди.

Я зроблю все, що в моїх силах, щоб підтримувати й підвищувати рівень моєї професії. Я буду зберігати в таємниці всю особисту інформацію, яка опиниться в моєму розпорядженні під час роботи з пацієнтами та їх родичами.

Я буду віддано допомагати лікарю в його роботі та присвячу себе невтомному піклуванню про благополуччя всіх доручених моїй турботі.

Загальна мета – на медсестру покладені чотири основні обов'язки зберігати здоров'я, запобігати захворюванням, відновлювати здоров'я та полегшувати страждання. Медична сестра, яка безпосередньо знаходиться серед дітей, завжди повинна враховувати психологічні особливості хворих, їх переживання, відчуття. Медичній сестрі належить ведуча роль в створенні сприятливої психологічної обстановки в лікувальній установі, що нагадує дитині домашню обстановку.

Визначити конкретні цілі

Ознайомитися, мати уявлення про:

- клятву Флоренс Найтінгейл;
- законодавчі та нормативні акти, що регламентують роботу медсестри педіатричного відділення;
- структуру та функції педіатричного відділення;
- функціональні обов'язки медичної сестри педіатричного відділення;
- організацію роботи поста медичної сестри;
- документацію, що заповнює медична сестра (брат);
- правила введення дітям лікарських засобів через рот;
- правила вимірювання та реєстрацію температури, артеріального тиску, пульсу.

Унаслідок вивчення теми студент повинен знати:

- необхідність філософського осмислення сестринської практики для подальшого прогресу в сестринській справі;
- етичні елементи філософії сестринської справи та обов'язки, цінності й чесноти медичної сестри;
- основні принципи сестринської деонтології, викладені в клятві Флоренс Найтінгейл та етичному кодексі Міжнародної ради медичних сестер;

- накази, що регламентують роботу медичної сестри педіатричного відділення;
- основні функції педіатричного відділення;
- функціональні обов'язки медичної сестри педіатричного відділення;
- основну документацію, що заповнює медична сестра;
- основні правила введення дітям різного віку лікарських засобів через рот;
- техніку вимірювання та правила реєстрації температури, артеріального тиску, пульсу.

Професійна орієнтація студентів чи медичних сестер спрямована на виховання почуття милосердя та співчуття, гуманне ставлення до пацієнтів та їхніх родичів; усвідомлювати значення виконання своїх професійних обов'язків із відповідальністю, гідністю, совістю та честю. Адже медична сестра повинна бути взірцем чистоти та акуратності. Її робочим одягом є халат, шапочка, змінне взуття. Медична сестра не повинна зловживати косметикою, парфумами, її руки повинні бути завжди вимитими, нігті коротко зрізаними. Під час спілкування з пацієнтами медичні працівники повинні правильно вибирати тембр і гучність голосу, відповідну інтонацію та зони спілкування. Оволодіння практичними вміннями та навичками потрібно здійснювати за рекомендованими алгоритмами. Після закінчення роботи студент повинен знати правила поведінки медперсоналу в колективі, з пацієнтами та його родичами, засвоїти поняття «субординація», «деонтологія», «ятрогенія».

Унаслідок вивчення теми студент повинен уміти:

- визначити поняття «філософія в медсестринстві»;

- пояснити поняття «сестринська етика й деонтологія»;
- визначити поняття «фахова помилка» та «ятрогенія»;
- заповнювати медичну документацію медичної сестри;
- вимірювати та реєструвати температуру, артеріальний тиск, пульс у хворих дітей різного віку.

КОРОТКЕ ВИКЛАДЕННЯ МАТЕРІАЛУ

Етика, деонтологія та професійні якості медичної сестри (медичного брата).

Роль медичної етики та деонтології має особливе значення в роботі медичного працівника, кожен вид діяльності якого має дві сторони – технічну (методичну) й етичну (моральну). Лише за їх органічної єдності праця лікаря, фельдшера, акушерки, медичної сестри стає максимально ефективною.

Медична сестра (медичний брат) – це не лише перший помічник лікаря, вона – опорна ланка охорони здоров'я, її робота вимагає чіткого виконання призначень лікаря, спостережливості, винахідливості в складних ситуаціях, чуйності, співчуття й милосердя.

Безумовно, кожен медичний працівник повинен мати добру професійну підготовку, багато знати й уміти, проте професіональні якості невіддільні від внутрішньої культури: моральної чистоти, скромності, стриманості, поваги до людини.

Найважливішими професійними якостями середнього медичного працівника є душевна чуйність та увага до потреб і запитань хворого. Мабуть, найбільш неприпустимим для медичного працівника є байдужість – ознака інтелектуальної обмеженості й емоційної тупості.

Етика праці середнього медичного працівника не сумісна із черствістю й грубістю, егоїзмом та користолюбством. Мораль медичного працівника повинна бути позбавлена забобонів, шкідливих звичок і нездорових традицій. Обов'язок медичного працівника – постійно й активно боротися з усім тим, що негативно позначається на психічному та фізичному здоров'ї людини.

Необхідними професійними якостями середнього медичного працівника є уважність і спостережливість, пунктуальність та акуратність, уміння постійно контролювати свої дії та вчинки. Спостережливий середній медичний працівник – добрий помічник лікаря. Помічені ним зміни в стані та настрої хворої дитини можуть допомогти лікареві у вирішенні важливих питань діагностики та лікування. Неприпустимі самовпевненість і недбалість. Особливого значення ці якості набувають під час роботи з дітьми, коли медичний персонал повинен постійно дбати про здоров'я дитини та правильні стосунки з батьками.

Важливим завданням медичних сестер є систематичне підвищення теоретичного рівня й технічної майстерності, впровадження в практику всього нового й передового. Постійні самоосвіта й самовиховання дають можливість медичному працівникові набувати знань та вдосконалювати свою майстерність. При цьому корисною є допомога більш досвідчених колег, підтримка наставників.

Середній медичний працівник повинен брати активну участь у громадському житті колективу. Це допоможе йому завоювати авторитет серед колег і пацієнтів.

Перелічені вище основні моральні та ділові якості, необхідні середньому медичному працівникові, лише частково характеризують вимоги, що їх ставлять до нього

на сучасному етапі розвитку медичної науки та практики. Насправді робота середнього медичного персоналу складна й багатогранна, тому доводиться постійно впродовж усього життя вдосконалювати свою професійну майстерність і дбати про вироблення тих якостей, які дуже необхідні під час лікування дітей.

Професійні обов'язки медичної сестри

1. Сумлінне виконання всіх призначень лікаря, запис про їх проведення в листках призначень.
2. Підготовка хворих до виконання діагностичних досліджень (рентгенівських, ендоскопічних тощо).
3. Збирання матеріалу для дослідження (кров, сеча, кал) і відправка його в лабораторію.
4. Супроводження хворих до різних діагностичних кабінетів.
5. Контроль за виконанням заходів щодо санітарно-гігієнічного режиму відділення та додержання особистої гігієни важкохворих.
6. Щодо харчування хворих:
 - а) складання порційної вимоги;
 - б) контроль за додержанням хворими призначеної дієти згідно з віком дитини;
 - в) годування важкохворих;
 - г) перевірка продуктів, що їх приносять родичі хворого.
7. Вимірювання температури тіла (вранці та ввечері та запис даних у температурний листок).
8. Обов'язкова присутність на обходах лікаря, звітування йому про всі зміни, що відбулися в стані хворого за минулу добу, одержання нових призначень.
9. Госпіталізація хворих, перевірка правильності проведення їх санітарного оброблення, ознайомлення хворого з правилами внутрішнього розпорядку.

10. Вимірювання артеріального тиску, частоти пульсу, дихання, добового діурезу та повідомлення цих даних лікареві.

11. Правильна оцінка стану хворого та негайне самостійне надання йому невідкладної допомоги, а за необхідності – виклик лікаря. У невідкладних ситуаціях медична сестра повинна вміти надати першу долікарську допомогу (штучне дихання, непрямий масаж серця тощо).

12. Ретельне ведення медичної документації.

13. Контроль за роботою молодшого медичного персоналу (молодшої медичної сестри, медичної сестри буфетниці).

Обслуговування дітей у стаціонарі. Медична сестра в стаціонарі будує свою роботу суворо за планом, її робота повинна бути добре продуманою, чітко відрегульованою та узгодженою з діями іншого персоналу.

Основні функціональні обов'язки палатної медичної сестри складаються з декількох складових: виконання лікувально-діагностичної роботи, забезпечення санітарно-епідемічного режиму, роботи з медичною документацією та проведення санітарно-просвітницької роботи й полягають, зокрема в проведенні туалету хворих дітей, вимірюванні температури тіла, годуванні дітей, спостереженні за їх дозвіллям і сном, організації прогулянок, наданні допомоги лікарям під час обходу; виконанні призначень лікаря, прийманні в палату нових хворих, нагляд за санітарним станом палат, особливо за їх провітрюванням, контролюванні роботи молодшого медичного персоналу, у постійному стеженні за станом тяжкохворих дітей.

Медична сестра проводить виховну роботу з дітьми й санітарно-освітню – серед дітей та їх матерів.

Медична сестра починає свою роботу з прийому чергування, причому обов'язково біля ліжка хворої дитини. Між медичними сестрами повинна бути повна узгодженість і наступність під час здавання чергування, щоб сестра, яка прийшла на чергування, могла докладно проінформувати лікаря про стан хворих, насамперед про тяжкохворих і дітей, які нещодавно були прийняті до відділення. Приймавши чергування, сестра перевіряє виконання призначень лікаря, якість ранкового туалету хворих і порядок у тумбочках, ознайомлюється з медичною документацією (кількістю медичних карт стаціонарного хворого, записами призначення на лабораторні дослідження, листками призначень). Вона приймає лікарські препарати та медичний інструментарій, що знаходяться у спеціальних шафах.

Старша медична сестра, лікар і завідувач відділення контролюють роботу медичної сестри (брата) щодо виконання призначень хворим.

Особливу увагу медична сестра приділяє суворому додержанню санітарно-протиепідемічного режиму у відділенні, здійснює контроль за роботою молодшого персоналу. Вона бере участь у розміщенні хворих у палатах за групами захворювань, віком і статтю, стежить за циклічністю заповнення палат і додержанням розпорядку дня (годин сну й неспанья, харчування, обходу лікаря та виконання його призначень).

Тяжкохворі діти потребують великої уваги, тому медсестра (медбрат) стежить за диханням, пульсом, станом ротової порожнини, очей, шкіри. Таких дітей зручно укладає, перевертає, бере їх на руки, фіксує будь-які зміни в їхньому стані, змінює пелюшки та білизну. У разі погіршення стану тяжкохворої дитини вона повинна негайно викликати лікаря й до його приходу надати медичну допомогу.

Медична сестра стежить за правильною організацією харчування хворих дітей (воно повинно відповідати віку дитини, характеру захворювання, індивідуальним смакам дитини). Навіть невелика похибка в годуванні може спричинити погіршення стану здоров'я дитини.

Перед тим, як здати чергування, медична сестра наводить порядок у шафі з лікарськими засобами, підклеює в картах стаціонарного хворого результати лабораторних досліджень, проводить оброблення медичного інструментарію та записує свої спостереження за хворими в журнал передавання чергувань.

Зазначимо, що робота медичної сестри в різних відділеннях має певні особливості. Функціональні обов'язки медсестри (брата), що працює у відділенні для дітей старшого віку, дещо відрізняються від обов'язків сестри (брата), що працює у відділенні для дітей раннього віку або в дитячому інфекційному відділенні.

Сестринський пост і його функціональне призначення

Пост медичної сестри є робочим місцем палатної медичної сестри. Він розрахований на 35 хворих, завжди розміщений біля палат, щоб усі хворі могли перебувати під постійним наглядом медичної сестри. Зазвичай він розміщений у коридорі та відокремлений від нього перегородкою – дерев'яною знизу та прозорим склом угорі.

Там повинно бути таке обладнання та устаткування:

1) стіл із висувними шухлядами, що обов'язково замикаються, для збереження медичних карток стаціонарних хворих, листків лікарських призначень;

- 2) спеціальні медичні шафи для збереження медикаментів та медичних виробів;
- 3) столик для роздавання ліків;
- 4) холодильник, де зберігаються термолабільні препарати;
- 5) телефон;
- 6) засоби аварійного освітлення;
- 7) раковина для миття рук із дисперсним милом та одноразові рушники.

Прийом та передавання чергувань палатними медичними сестрами

Потрібно пам'ятати, що медична сестра ні в якому разі не може самотійно залишати пост, поки не прийде її зміна.

Робочий день медичної сестри зазвичай розпочинається о 8:00.

Здавати та приймати чергування необхідно безпосередньо в палатах та на посту. У такий спосіб можна виявити наявність недоліків у роботі нічної медичної сестри й одразу ж їх усунути.

Медична сестра, яка прийшла на зміну, повинна перевірити таке:

- а) якість ранкового прибирання палат та інших приміщень відділення;
- б) чистоту натільної та постільної білизни хворих;
- в) якість проведення хворими ранкового туалету, особливо якщо це стосується важкохворих;
- г) чи зібраний матеріал для ранкових аналізів (сеча, кал, харкотиння та інше);
- г) чи підготовлені хворі до діагностичних процедур;
- д) своєчасність та правильність проведення ранкових призначень;

е) вимірювання температури тіла та її відмітку в температурному листку.

На посту чергова медична сестра перевіряє: запас та витрату ліків, наявність необхідної медичної документації (температурні листки, листки призначень, наявність одноразових шприців, голок, зондів, катетерів. Під час передавання чергування передають ключі від шаф, рахують термометри, грілки, підкладні судна, сечоприймачі. Наприкінці чергування медична сестра повинна скласти зведення руху хворих у відділенні за попередню добу.

Дуже важливим є звіт медичної сестри за нічне чергування на ранковій нараді у відділенні. Цей звіт повинен відобразити кількість хворих на цьому посту, кількість хворих що вибули з відділення (виписалися, померли, переведені в інші відділення), кількість хворих, що поступили до відділення, їхні прізвища, діагнози, динаміку стану важкохворих із показниками даних температури тіла, артеріального тиску, частоти пульсу, дихання, стану діурезу. Медична сестра звертає увагу на тяжкохворих дітей та дітей із лихоманкою. Вона також звітує про санітарний стан відділення, роботу середнього та молодшого персоналу за минулу добу. Маючи таку інформацію завідуючий відділенням та лікарі обговорюють можливі випадки невиконання призначень лікаря та з'ясовують причини цього, визначають, кому з хворих потрібно приділити увагу насамперед, призначають процедури, які потрібно негайно зробити. На посту ведеться журнал прийому та передавання чергувань, де фіксують кількість хворих на кожному посту, кількість хворих що вибули з відділення (виписалися, померли, переведені в інші відділення), тяжкохворих, тяжкохворих із лихоманкою (показник температури тіла), термінові призначення під час

чергування, кількість медичного інструментарію та предметів догляду за хворими, санітарний стан приміщень відділення. У цьому журналі медичні сестри ставлять свої підписи про прийом та передавання чергування.

Медична документація педіатричного відділення

Документація лікаря:

- 1) медична карта стаціонарного хворого (раніше – історія хвороби);
- 2) карта пацієнта, який вибув зі стаціонару (статистичний документ);
- 3) виписка з медичної карти стаціонарного хворого.

Медична документація на посту медичної сестри (брата) на прикладі педіатричного відділення:

- 1) журнал обліку якості передстерелізаційного оброблення;
- 2) журнал обліку температури повітря та вологості;
- 3) журнал обліку температури в холодильнику;
- 4) журнал обліку роботи з гігієнічного виховання населення;
- 5) журнал обліку консультацій;
- 6) журнал обліку стаціонарних хворих відділення на наявність педикульозу;
- 7) журнал обліку бактерицидних опромінювань приміщень;
- 8) журнал приймання та передавання чергувань;
- 9) журнал обліку проведення генеральних прибирань у відділенні.

Медична документація процедурного кабінету на прикладі педіатричного відділення:

- 1) журнал реєстрації переливання трансфузійних рідин;
- 2) журнал реєстрації хворих під час надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам та роботи з ВІЛ-інфікованими матерями;
- 3) журнал обліку групи крові та резус-фактора;
- 4) журнал обліку процедур відділення;
- 5) журнал обліку якості передстерелізаційного оброблення виробів медичного призначення;
- 6) архівний журнал використання простерелізованих виробів відділення;
- 7) журнал контролю роботи стерилізатора повітряного, парового або автоклава;
- 8) журнал обліку бактерицидних опромінювачів приміщень;
- 9) журнал обліку забору крові;
- 10) журнал обліку хворих із лихоманкою у відділенні;
- 11) журнал обліку температури повітря та вологості;
- 12) журнал обліку температури в холодильнику.

Документація старшої медичної сестри:

- 1) журнал руху хворих;
- 2) журнал обліку медикаментів та медичних виробів;
- 3) журнал обліку спирту;
- 4) журнал вимог з аптеки;
- 5) журнал адміністративно-господарських обходів;
- 6) графіки роботи молодшого та середнього медичного персоналу, табелювання їхньої роботи та ін.;
- 7) журнал обліку медикаментів у холодильнику;
- 8) журнал обліку температури повітря та вологості.

Основні характеристики медичної документації. Правила її ведення

Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару, форма № 007/о, заповнюється в кожному відділенні, яке знаходиться в складі лікарні.

У цій медичній документації зазначають відомості щодо руху хворих за минулу добу із 7-ї години ранку попереднього до 7-ї години ранку поточного дня (враховують кількість госпіталізованих, виписаних, переведених з інших відділень або в інші, кількість померлих), водночас необхідно щоденно чітко вести контроль за балансом кількості хворих у відділенні.

Медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о, історія хвороби) є основним медичним документом стаціонару, який заповнюють на кожного хворого в усіх лікарнях, стаціонарах, диспансерах, клініках ВНЗ та НДІ, а також санаторіях.

Медична карта стаціонарного хворого вміщує всі необхідні дані, що характеризують стан хворого впродовж усього періоду перебування в стаціонарі, організацію його лікування, дані об'єктивних обстежень та призначень.

Дані медичної карти стаціонарного хворого дають можливість контролювати правильність організації лікувального процесу й використовуються для видачі довідкового матеріалу за запитами відомчих закладів (суд, прокуратура, експертиза тощо).

Паспортна частина, діагноз лікувального закладу, який направив хворого, діагноз під час госпіталізації хворого заповнюють у приймальному відділенні.

Лікар приймального відділення заповнює також спеціально відведений листок «Запис лікаря приймального відділення», у якому коротко зазначає дані анамнезу хвороби та життя, об'єктивний стан хворого.

Інші записи в медичній карті, зокрема й клінічний діагноз, заповнює лікар відділення.

Якщо хворому проведено хірургічне втручання, то на другій сторінці медичної карти стаціонарного хворого зазначають дату (місяць, число, години) операції, її назва, метод знеболювання та ускладнення. Докладний опис операції проводять у «Журналі запису оперативних втручань у стаціонарі» (форма № 008/о) та в щоденнику історії хвороби.

Під час виписування або в разі смерті хворого зазначають кількість проведених ліжко-днів, водночас день госпіталізації й день виписування (смерті) рахують як один день.

У період перебування хворого в стаціонарі карту зберігають у папці лікаря відділення. Лікар проводить щоденні записи у форму № 003/о про стан здоров'я та лікування хворого. Призначення записують у щоденнику карти та в листок лікарських призначень. На температурному листку (форма № 004/о) медична сестра графічно відображає температуру, пульс, дихання хворого тощо.

Після виписування (смерті) хворого лікар відділення складає епікриз, у якому коротко резюмує дані про стан хворого під час госпіталізації та виписування (смерті), записує дані, обґрунтовує клінічний діагноз, зазначає проведені лікувальні заходи та їх ефективність, рекомендації щодо подальшого лікування й режиму хворого.

У разі смерті хворого лікар відділення складас посмертний епікриз. Патологоанатом заповнюють «Виписка із протоколу патологоанатомічного обстеження».

Основний клінічний та патологоанатомічний діагнози повинні бути закодовані лікарем відділення.

Медичну карту стаціонарного хворого підписує лікар та завідувач відділення. На підставі даних медичної карти стаціонарного хворого складають «Статистичну карту хворого, який вибув зі стаціонару» (форма № 066/о), після чого медичну карту передають в інформаційно-аналітичний відділ для оброблення, а потім до архіву лікувального закладу.

Примітка. За наявності у хворого побічної дії лікарських засобів лікар-куратор повинен обов'язково зазначити результат побічної дії у формі № 003/о як основний, супутній діагноз або ускладнення основного захворювання, а після виписування (смерті) хворого аналогічний запис зробити у формі № 066/о «Статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару».

Термін зберігання – 25 років.

Температурний листок (форма № 004/о) є оперативним документом для графічного зображення деяких основних даних, що характеризують стан здоров'я хворого: пульс, артеріальний тиск, температура тощо.

Щоденно лікар відділення записує в медичній карті стаціонарного хворого (карті розвитку новонародженого) дані про стан хворого (новонародженого). Медична сестра переносить дані про температуру, пульс, артеріальний тиск, дихання в температурний листок і креслить відповідні криві щодо цих показників, крім того, у температурному листку зазначають вагу, кількість випитої рідини, добову кількість сечі, випорожнення, кількість ванн.

Після виписування (смерті) хворого зі стаціонару температурний листок підклеюють у медичну карту стаціонарного хворого (форма № 003/о) і зберігають разом із нею впродовж 25 років.

Історія розвитку дитини (форма № 112/о) є основним медичним документом КДВ, дитячих садків,

будинків дитини. Форма призначена для ведення записів щодо розвитку та стану здоров'я дитини, його медичного обслуговування від народження до 18 років включно (школярям – до закінчення середньої школи).

Історія розвитку дитини заповнюється на кожну дитину під час узяття її на облік: у КДВ – у разі першого патронажу (виклику додому) або під час першого звернення в КДВ; у дитячих садках і будинках дитини – з моменту прийняття дитини в дошкільний заклад.

Паспортну частину історії розвитку дитини, зокрема відомості про склад сім'ї, заповнюють у реєстратурі КДВ під час узяття дитини на облік на підставі даних пологового будинку, пологового відділення лікарні про новонародженого (форма № 113/о) «Обмінна карта пологового будинку (пологового відділення лікарні)» або «Медичного свідоцтва про народження» (форма № 103/о) та опитування батьків.

Відсутність медичного свідоцтва про народження або даних про прописку не є підставою для відмови в обслуговуванні дитини.

У дитячих садках, будинках дитини паспортну частину заповнює медична сестра. Медична сестра (у КДВ – дільнична) заповнює також розділ «Дані про сім'ю» під час першого відвідування дитини вдома або в разі першого звернення в КДВ у частині, що стосується наявності хронічних захворювань у сім'ї. Для реєстрації даних поточного нагляду за дитиною патронажною медичною сестрою розрахований останній розділ історії розвитку дитини «Листок поточних спостережень дитини патронажною сестрою».

Усі інші записи «Листок для запису заключних (уточнених) діагнозів», «Облік рентгенологічних досліджень», «Первинний лікарський патронаж до новонародженого», «Етапні епікризи», «Профілактичні

огляди й результати оглядів дитини 2-го, 3-го, з 3 до 7 років» проводять лікарі. Усі записи, зроблені лікарями, повинні бути ними підписані.

Історії розвитку дитини зберігають у картотеці реєстратури за роками народження й передають лікарю в день відвідування дитиною КДВ або під час відвідування лікарем дитини вдома.

Історії розвитку дитини на дітей до 1 року зазвичай зберігають у кабінеті дільничного лікаря для оперативного використання їх із метою забезпечення систематичного нагляду за дитиною та своєчасного проведення профілактичних засобів.

Коли дитина вибуває з-під нагляду даного КДВ – на титульному аркуші «Історії розвитку дитини» роблять відповідну відмітку: зазначають дату зняття з обліку та причину (переїзд, смерть, вибув(ла) з дитячого закладу). Під час переїзду обов'язково зазначають, куди вибув(ла) (адреса). У такому разі з метою забезпечення послідовності в нагляді за дитиною «Історія розвитку дитини» відповідно до запитів із нового місця проживання повинна бути передана у відповідну КДВ. За відсутності запиту «Історію розвитку дитини» зберігають у картотеці реєстратури 3 роки, а потім передають в архів.

Після досягнення дитиною віку 18 років (або після закінчення школи) «Історію розвитку дитини» передають КДВ для дорослих за місцем проживання.

«Історія розвитку дитини» є не лише медичним, але і юридичним документом. У ній не дозволено робити підчищення, закреслення, зміни й доповнення в записах поточних оглядів. Термін зберігання – 25 років.

«Консультативний висновок спеціаліста» (форма № 028/о) використовують лікарі-консультанти лікувально-профілактичних закладів (НДІ, обласних

лікарень, консультативно-діагностичних центрів тощо), куди направлено на консультацію (обстеження) хворого.

Консультативний висновок заповнює та підписує лікар-консультант та завідувач КДВ (стаціонарного) відділення, його скріплюють печаткою лікувального закладу. Висновок підлягає пересиланню лікарю відділення через хворого або поштою та повинен бути вклеєний у медичну карту амбулаторного або стаціонарного хворого.

Виписку з медичної карти амбулаторного, (стаціонарного) хворого (форма № 027/о) заповнює КДВ під час направлення хворого на стаціонарне лікування та стаціонари всіх профілів під час виписування (у разі смерті) хворого.

Виписка призначена для взаємної інформації КДВ і стаціонарних закладів щодо діагнозу, перебігу захворювання, стану хворого під час направлення (виписування), про проведені дослідження, лікування, про лікувальні та інші рекомендації хворому. Форму № 027/о видають на руки хворому або пересилають поштою. Термін зберігання – 3 роки.

Листок лікарських призначень (форма № 003-4/о) є оперативним документом, призначеним для реєстрації режиму перебування хворого в стаціонарі, призначеного йому дієтичного харчування, методів обстеження, медикаментозного лікування, фізіотерапевтичних та психотерапевтичних процедур.

Заповнює лікар-ординатор у день госпіталізації хворого в стаціонар з унесенням необхідних коректив упродовж лікування хворого.

Записи (назви препаратів, процедур, місцевого лікування тощо) ведуть українською мовою, розбірливо.

Для зберігання листків лікарських призначень на період лікування хворих у стаціонарі ведуть спеціальну папку в кожному відділенні.

Щоденно медичні сестри (брати) роблять відмітки щодо виконання призначень.

Після виписування хворого зі стаціонару листок лікарських призначень уклеюють у «Медичну карту стаціонарного хворого» (форма № 003/о) і зберігають разом із нею 25 років.

**КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, НА ЯКІ НЕОБХІДНО ЗВЕРТАТИ УВАГУ МЕДИЧНІЙ СЕСТРИ (МЕДИЧНОМУ БРАТУ).
ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРАВИЛА РЕЄСТРАЦІЇ**

Дослідження пульсу

Основний метод дослідження артеріального пульсу – пальпація. Плечову артерію пальпують у *sulcus bicipitalis med.*, безпосередньо над ліктьовою ямкою; пахвова – на дні пахвової впадини на голові плечової кістки після підняття випрямленої руки в горизонтальне положення. Пальпацію сонних артерій треба проводити обережно, з урахуванням каротидного рефлексу, поперемінно з обох боків. Стегнову артерію пальпують у паховій ділянці при випрямленому стегні з невеликим поворотом його зовні; підколінну – у підколінній ямці в положенні хворого лежачи на животі із зігнутою в коліні ногою. Задню великогомілкову артерію – у м'язовому жолобку за внутрішньою щиколоткою; тильну артерію стопи – у проксимальній частині першого міжплезного простору із зовнішньої сторони довгого розгинача великого пальця ноги. Частіше всього досліджують пульс на променевій артерії, розміщеній поверхнево й

пальпують між шилоподібним відростком променевої кістки й сухожиллям внутрішнього променевого м'яза. Досліджувати пульс необхідно на обох руках. При цьому визначають такі властивості пульсу:

– ритм (правильний – *p.regularis*, неправильний – *p.irregularis*);

– частоту – кількість ударів за одну хв (частий – *p.frequens*, рідкий- *p. rarus*);

– наповнення – властивість яка залежить від ударного об'єму, кількості крові та її розподілення (повний – *p. plenus*, пустий – *p. vacuus*);

– напруження – визначають силою, необхідною для повного стиснення судини, що пальпується. Залежить від величини артеріального тиску й тонусу судинної стінки (твердий – *p. durus*, м'який – *p. mollis*);

– величина та висота залежать від наповнення та напруження пульсу. Визначається величиною амплітуди пульсової хвилі (великий – *p. magnus*, малий – *p. parvus*, високий – *p. altus*, низький – *p. humilis*). Максимальний ступінь зниження величини пульсу називають ниткоподібним пульсом (*p. filiformis*). Може спостерігатися при гострій серцевій недостатності, колаптоїдних станах, шоці, масивних крововтратах.

– форма – швидкість підйому та спаду пульсової хвилі (швидкий – *p.celer*, повільний – *p. tardus*).

Дефіцит пульсу – розходження між кількістю серцевих скорочень і пульсових хвиль за 1 хв (*p. deficiens*).

У разі зниження тонусу периферичних артерій іноді може визначатися дикротичний пульс (*p. dicroticus*). Виділяють також парадоксальний пульс (*p. paradoxus*) за якого під час вдиху зменшуються пульсові хвилі.

Венним пульсом називають коливання об'єму вен (набухання та спадання їх) під час одного серцевого

циклу, обумовлене динамікою відтоку крові в праве передсердя в різні фази систоли й діастоли. У здорових людей венний пульс можна виявити лише на центральних венах, близько розміщених до серця (на яремній вені) при його графічній реєстрації у вигляді флєбосфигмограми. Помітна під час огляду пульсація шийних вен, набухання яких співпадає із систолою шлуночків, відбувається за недостатності тристулкового клапана, коли відбувається регургітація крові в праве передсердя й полі вени.

Капілярний пульс – синхронне з роботою серця розширення мілких артеріол, викликане значним і швидким коливанням їх наповнення під час систоли й діастоли. Частіше всього капілярний пульс трапляється при недостатності клапана аорти, іноді при тиреотоксикозі. Капілярний пульс можна спостерігати в молодих здорових людей після теплових процедур. Для виявлення капілярного пульсу злегка натискають на слизову оболонку предметним склом. При цьому можливо спостерігати ритмічне збліднення й почервоніння шкіри або слизової оболонки.

Вимірювання артеріального тиску

Артеріальний тиск (АТ) вимірюють для оцінювання стану серцево-судинної системи як у здорових, так і у хворих.

Розрізняють артеріальний тиск систолічний (максимальний), діастолічний (мінімальний) і пульсовий.

Систолічний артеріальний тиск – це тиск, який виникає в артеріальній системі після систоли шлуночків. Він обумовлений тим, що кров, яка викидається в систолі, натрапляє на опір стінок артерій і маси крові, яка заповнює артеріальну систему, у зв'язку з чим тиск в артеріях підвищується. У період діастоли артеріальний тиск знижується й підтримується на певному рівні за

рахунок еластичного скорочення стінок артерій та опору артеріол, завдяки чому продовжується просування крові в артеріоли, капіляри й вени. Отже, висота артеріального тиску пропорційна ударному об'єму крові й периферичному опору.

Різницю між максимальним і мінімальним тиском називають пульсовим тиском.

Величину артеріального тиску прийнято виражати в міліметрах ртутного стовпа або в кілопаскалях (кПа), за системою одиниць – СІ. У нормі систолічний (максимальний) тиск коливається в межах 100–139 мм рт. т. (13–18 кПа), діастолічний (мінімальний) тиск – 60–89 мм рт. ст. (8–11 кПа), пульсовий тиск – 40–50 мм рт. ст. (5–6,5 кПа).

АТ можна вимірювати прямим і непрямим способами. Під час прямого вимірювання голку або канюлю, з'єднану трубкою з манометром, вводять безпосередньо в артерію. Цей метод зрідка використовують – лише в кардіохірургії. Для вимірювання АТ непрямим способом є три методи: аускультативний, пальпаторний та осцилографічний.

У повсякденній практиці переважно використовують аускультативний метод Короткова, за допомогою якого можна визначити рівень систолічного, й діастолічного АТ. Вимірювання кров'яного тиску здійснюють за допомогою спеціального апарата – сфігмоманометра, основними частинами якого є ртутний або пружинний манометр, гумова манжетка для стискування артерії та насос або балон для нагнітання повітря.

Нормальний артеріальний тиск у дітей змінюється з віком, і його визначення залежить від вікової групи. Зазвичай вимірюють **систолічний (верхній)** та **діастолічний (нижній)** тиск.

Ось орієнтовні норми артеріального тиску в дітей за віковими групами:

Вік дитини	Систолічний тиск (мм рт. ст.)	Діастолічний тиск (мм рт. ст.)
1 місяць	60–90	30–60
6 місяців	70–100	50–70
1 рік	80–110	50–70
3 роки	90–110	55–75
6 років	95–110	60–75
9 років	100–120	60–80
12 років	105–120	65–85
15 років	110–120	70–90
18 років	110–130	70–85

Або для дітей є розрахунок норм систолічного та діастолічного тиску за допомогою двох формул, поданих нижче.

1. **Для систолічного тиску**
Систолічний тиск – $90 + 2 \times \text{вік дитини в роках}$.
2. **Для діастолічного тиску**
Діастолічний тиск – $60 + \text{вік дитини в роках}$.

Роз'яснення формул

- **Систолічний тиск** (верхній) – це тиск, при якому серце виштовхує кров в артерії під час скорочення. Формула $90 + 2 \times \text{вік}$ дозволяє обчислити мінімальний систолічний тиск для дитини залежно від її віку.

- **Діастолічний тиск** (нижній) – це тиск, що вимірюється на момент, коли серце перебуває в стані розслаблення між ударами. Формула $60 + \text{вік}$ дає орієнтовний мінімальний діастолічний тиск для дітей.

Приклад розрахунку Для 5-річної дитини

Систолічний тиск

$$\text{Систолічний тиск} - 90 + 2 \times 5 = 90 + 10 = 100 \text{ мм рт. ст.}$$

$$\text{Систолічний тиск} - 90 + 2 \times 5 = 90 + 10 = 100 \text{ мм рт. ст.}$$

Отже, мінімальний систолічний тиск для 5-річної дитини за цією формулою становить **100 мм рт. ст.**

Діастолічний тиск

$$\text{Діастолічний тиск} - 60 + 5 = 65 \text{ мм рт. ст.}$$

$$\text{Діастолічний тиск} - 60 + 5 = 65 \text{ мм рт. ст.}$$

Мінімальний діастолічний тиск для 5-річної дитини за цією формулою становить **65 мм рт. ст.**

Для інших вікових груп Для 8-річної дитини

Систолічний тиск:

$$\text{Систолічний тиск} - 90 + 2 \times 8 = 90 + 16 = 106 \text{ мм рт. ст.}$$

$$\text{Систолічний тиск} - 90 + 2 \times 8 = 90 + 16 = 106 \text{ мм рт. ст.}$$

Діастолічний тиск

$$\text{Діастолічний тиск} - 60 + 8 = 68 \text{ мм рт. ст.}$$

$$\text{Діастолічний тиск} - 60 + 8 = 68 \text{ мм рт. ст.}$$

Для 12-річної дитини

Систолічний тиск

$$\text{Систолічний тиск} -$$

$$90 + 2 \times 12 = 90 + 24 = 114 \text{ мм рт. ст.}$$

$$\text{Систолічний тиск} -$$

$$90 + 2 \times 12 = 90 + 24 = 114 \text{ мм рт. ст.}$$

Діастолічний тиск

$$\text{Діастолічний тиск} - 60 + 12 = 72 \text{ мм рт. ст.}$$

$$\text{Діастолічний тиск} - 60 + 12 = 72 \text{ мм рт. ст.}$$

Важливі моменти

- Ці формули дають орієнтовні норми для дітей, які можна використовувати для визначення мінімальних показників тиску.

- Систолічний тиск вищий за діастолічний, і це співвідношення не змінюється.

- Ураховуючи індивідуальні варіації розвитку дитини, норми можуть варіюватися, тому в разі підозри на аномалії в тиску завжди краще проконсультуватися з лікарем.

Це загальний розрахунок для орієнтації, і якщо тиск значно відрізняється від норм, це може бути сигналом для подальшого медичного обстеження.

Відхилення АТ від норми спостерігається в разі розвитку багатьох захворювань.

У здорових дітей АТ значно коливається під впливом різних фізіологічних чинників: фізичного навантаження, емоційного напруження, положення тіла, часу вживання їжі тощо. Найнижчий АТ буває зранку, натще, у спокої, тобто за таких умов, коли визначається основний обмін, тому такий тиск називають основним, або базальним. Наслідок реакції людини на процедуру вимірювання кров'яний тиск під час першого дослідження звичайно виявляється дещо вищим, ніж під час наступних. Тому вимірювання рекомендується повторити 2–3 рази, не знімаючи манжетки з руки. За величину кров'яного тиску приймають найменші показання.

Методи вимірювання

Механічний тонометр складається з надувної манжети, у яку нагнітається повітря, вимірювача тиску (сфігмоманометра) та стетофонендоскопа для прослуховування тонів Короткова.

Звуки, які ми чуємо під час вимірювання АТ, називають тонами Короткова. Вони мають 4 фази:

1) поява тонів над артерією (тиск у манжетці дорівнює систолічний тиск);

2) посилення інтенсивності звуків;

3) момент появи голосних тонів (звук досягає максимальної сили);

4) ослаблення та зникнення звуків (тиск у манжетці дорівнює діастолічний тиск).

АТ можна вимірювати за допомогою механічного або автоматичного тонометра. Існують певні й досить строгі вимоги до процедури вимірювання артеріального тиску.

Стандартний аускультативний метод реєстрації АТ передбачає правила, зазначені нижче.

1. Людина, яка проводить дослідження, повинна мати нормальну гостроту слуху. Але навіть за умови гарного слуху важливо мати високоякісний стетофонендоскоп.

2. За 30 хв перед вимірюванням потрібно виключити прийом їжі, фізичне напруження та вплив холоду.

3. Перед вимірюванням АТ потрібно спокійно посидіти або полежати й розслабитися.

4. Вимірювання починається через 5 хв перебування у вищезазначеному положенні.

5. Під час вимірювання АТ в положенні сидячи спина повинна обов'язково мати опору, оскільки будь-які ізометричні напруження негайно призводять до підняття АТ. Середня точка плеча повинна знаходитися на рівні серця (IV міжребер'я).

6. Вимірювання виконують на обох руках пацієнта в положенні сидячи (плече, на яке накладається манжета, розміщене під кутом 45 градусів щодо

передпліччя, яке лежить на горизонтальній опорі) та лежачи (плече, на яке накладається манжета, знаходиться на одному рівні з передпліччям, рука перебуває на горизонтальній опорі).

Вимірювання виконують і на ногах у положенні пацієнта лежачи або стоячи, при цьому манжету накладають на стегно.

7. Манжета апарата повинна відповідати довжині й обводу плеча або стегна. Ширина плечової манжети для немовлят повинна бути 2,5–4 см, довжина 5–10 см, для грудних 6–8 і 12–13 см, для дошкільнят 9–10 й 17–22 см відповідно. Для школярів може використовуватися стандартна манжета шириною 12–13 см і довжиною 22–23 см. Для вимірювання тиску на ногах використовують стандартну настегнову манжету для дітей і дорослих. Необхідно пам'ятати, що використання непомірно великої манжети дає показники, нижчі справжніх, а маленької – завищує результати вимірювань. Тому, щоб уникнути можливих помилок під час вимірювання, необхідно мати всі перелічені розміри манжет.

8. Манжету потрібно накладати так, щоб її нижній край розміщувався на 2–3 см вище ліктьового або колінного згину, а середина гумового мішка припадала на проєкцію плечової або стегнової артерії.

9. Перед початком вимірювання в манжету нагнітається повітря до рівня на 20 мм рт. ст. вище того, за якого зникає пульс на променевої артерії.

10. Швидкість зниження тиску повітря в манжеті повинна становити 2 мм за секунду, що дозволить забезпечити точність вимірювання ± 2 мм рт. ст.

11. За рівень систолічного АТ береться показник, за якого з'являється регулярний тон Короткова, за показник діастолічного – момент зникнення регулярного

тону, що відповідає четвертій фазі тонів Короткова. Водночас виконують округлення показників до найближчого знизу парного значення шкали. Цей підхід дозволяє уникнути неточностей, пов'язаних з аритмією. Отже, результати вимірювання можуть закінчуватися лише на парну цифру (0, 2, 4, 6, 8).

12. Первинне вимірювання АТ проводять у положенні лежачи, на обох руках, а в пацієнтів молодого віку (до 50 років) додатково вимірюють АТ і на одній нозі, стоячи, через 2 хвилини після зайняття вертикального положення. Отже, умовно визначається «базовий тиск».

13. Під час повторних оглядів вимірювання АТ проводять триразово, з інтервалом між вимірюваннями не більше 10 хвилин. До розрахунку беруть найвищий результат.

14. Пацієнт не повинен вживати кави мінімум за 1 годину до проведення процедури. Також лікар повинен бути впевнений, що пацієнт не приймав у день дослідження адреностимулювальні препарати.

Вимірювати пульс і тиск у пацієнта необхідно в таких станах:

- спокою (положення сидячи й лежачи);
- після розумового напруження;
- після прийому їжі;
- після прийому кави;
- під час переходу з горизонтального у вертикальне положення;
- після фізичного навантаження.

Результати порівнюють і роблять висновок про залежність вегетативних реакцій від функціонального стану організму.

Організація відвідувань хворого

Родичам важкохворих видають постійну перепустку, у якій відзначають години відвідування (виключають години обходу, проведення маніпуляцій, відпочинку). Вони повинні одягати медичний халат. Із хворими, яким не прописано постільний режим, відвідувачі зустрічаються в спеціально для цього відведених приміщеннях у певний час. Хворих, які знаходяться на ліжковому режимі, відвідують у палаті. Принесену хворому передачу контролює медична сестра. Не можна передавати хворому варену ковбасу, тістечка з кремом, консерви, молоко, прянощі, алкогольні напої тощо. Перевірені харчові продукти потрібно зберігати в холодильнику в поліетиленових мішечках із зазначенням дати та прізвища. Інформацію про стан хворого родичам може надати лише лікар-ординатор. Лікар детально інформує родичів про стан хворого та його самопочуття.

Виписка хворих зі стаціонару

До виписки хворого зі стаціонару необхідно підготувати довідку про перебування його в лікарні, виписку з медичної карти стаціонарного хворого.

Температура тіла, її вимірювання та реєстрація

Температура тіла здорової людини в нормі становить: у паховій ділянці 36,4–36,9 °С; у порожнині рота – 37,1–37,3 °С у прямій кишці та вагіні – 37,3–37,5 °С.

Летальний (смертельний) максимальний рівень підвищення температури становить понад 42,5 °С, мінімальний – нижче 33 °С. За таких рівнів температури виникають незворотні порушення обміну речовин та будови клітин, що несумісні з життям.

Зазвичай температуру тіла вимірюють двічі на добу – вранці між 7.00 та 9.00 та ввечері – 17.00 та 19.00. Інколи (для виявлення прихованого ревматизму, туберкульозу тощо) температуру тіла вимірюють кожні 2–4 години.

Найчастіше температуру тіла вимірюють у пахвинній ямці. Це на практиці є найзручніше, але дає менш точні результати, ніж під час вимірювання в порожнинах. Перед вимірюванням температури шкіру в паховій ділянці, особливо в разі сильного потовиділення, протирають рушником, змоченим теплою водою, спиртом чи одеколоном, а потім витирають насухо. Установити термометр необхідно так, щоб увесь ртутний резервуар з усіх боків щільно прилягав до тіла в глибині пахової ямки. Щоб термометр не зсувався потрібно щільно притиснути плече хворого до грудної клітки, а передпліччя розмістити так, щоб долоня знаходилася в протилежній паховій ямці. Потрібно стежити, щоб між термометром та тілом не потрапила білизна.

Якщо хворий перебуває в непритомному стані, або, навпаки, він збуджений, потрібно, щоб хтось тримав і хворого, і термометр.

Результати щоденного дворазового вимірювання температури записують у спеціальний температурний листок, який заводять на кожного хворого. Він має такі графи:

1) реєстрація температури тіла за розділами: «Т» – термін вимірювання, «Р» – ранкова температура, «В» – вечірня температура;

2) щоденна реєстрація: частоти пульсу, дихання, артеріального тиску, у разі необхідності – кількість добового діурезу, випорожнень;

3) раз на тиждень визначають масу тіла хворого (у разі необхідності, наприклад, при ожирінні щоденно або через день).

Після кожного вимірювання температури тіла на відповідному рівні температурної сітки проставляють точки, які з'єднують прямими лініями.

Одержана крива виявляє коливання температури тіла за період спостереження за хворим.

Гарячка – це патологічний процес, що характеризується порушенням процесів терморегуляції та підвищенням температури тіла. Залежно від ступеня підвищення розрізняють таку температуру тіла:

- ✓ субфебрильна – від 37 °С до 38 °С;
- ✓ помірно підвищена – від 38 °С до 39 °С;
- ✓ висока – від 39 °С до 40 °С;
- ✓ надвисока – від 40 °С до 41 °С;
- ✓ гіперпіретична – понад 41 °С.

За тривалістю розрізняють такі види гарячки:

✓ швидкоминуща (ефемерна) – febris ephemera. Триває декілька годин. Трапляється при грипі, респіраторних вірусних інфекціях;

✓ гостра – febris acuta. Триває до 2 тижнів. Характерна для гострого бронхіту, пневмонії;

✓ підгостра – febris subacuta. Триває 15–45 днів. Характерна для ревматизму в стадії загострення, хронічного бронхіту;

✓ хронічна – febris chronica. Триває понад 45 днів. Характерна для туберкульозу, хронічного тонзиліту, сепсису.

За характером температурної кривої розрізняють такі типи гарячки:

✓ гарячка постійного або сталого типу – febris continua: рівень температури зазвичай високий, різниця

між ранковою та вечірньою температурою тіла коливається в межах 0,5–1 °С. Характерна для крупозної пневмонії, черевного та висипного тифу, ревматизму;

✓ гарячка послаблюючого, ремітуючого типу – *febris remittens*: різниця між ранковою та вечірньою температурою коливається в межах 1–2 °С, а інколи й більше; вранці температура тіла падає нижче 38 °С, але не знижується до нормального рівня. Характерна для гноячкових захворювань, вогнищового запалення легенів;

✓ гарячка переміжного, інтермітуючого типу – *febris intermittens*: спостерігається періодичне, приблизно через однакові проміжки часу (від 1 до 3 діб), у більшості випадків різке підвищення температури тіла (частіше в другій половині дня, іноді вночі) на кілька годин із подальшим її зниженням до нормального рівня. Характерна для малярії;

✓ гарячка виснажуюча, гектичного типу – *febris hectica*: це тривала гарячка з добовими коливаннями температури, що доходять до 4–5 °С, з підвищенням температури тіла до 40–41 °С ввечері та вночі та ранковим її падінням до субфебрильних або нормальних величин. Ці коливання температури викликають тяжкий стан хворого. Спостерігається при сепсисі, гнійних захворюваннях;

✓ гарячка зворотного, збоченого, або інвертованого типу – *febris inversa*: подібна до гарячки гектичного типу, але максимум температури спостерігається вранці, а увечері вона падає до нормальних або субфебрильних величин. Характерна для сепсису, тяжких форм туберкульозу;

✓ гарячка поворотного типу – *febris recurrens*: спостерігається чергування кількадедних гарячкових періодів із безгарячковими (періоди апірексії). Характерна для поворотного тифу;

✓ гарячка хвилеподібного, або ундулюючого типу – febris undulans: спостерігається поступове підвищення температури тіла впродовж певного терміну з подальшим її літичним падінням і більш-менш тривалим безгарячковим періодом. Характерна для лімфогранулематозу, бруцельозу;

✓ гарячка нерегулярного типу – febris irregularis, яку ще називають атиповою – febris atypica: спостерігається непевна тривалість із неправильними та різноманітними добовими коливаннями температури тіла у вигляді постійної, послаблюючої, переміжної, зворотньої та інших гарячок, а також їх різних поєднань. Характерна для багатьох захворювань, наприклад ревматизму, хронічного бронхіту, холециститу.

Правила термометрії

Вимірювання температури тіла проводять у 2 рази на день (о 7–9 годині ранку і о 17–19 годині вечора). Як правило, систематичне вимірювання температури тіла 2 рази на день дає можливість одержати уявлення про її добові коливання, тому вимірювати температуру через коротші проміжки (6–4–2 години) немає необхідності. Температуру тіла можна вимірювати різними видами термометрів (ртутним, електронним, інфрачервоним) і різними способами:

- у паховій западині;
- у паховій складці;
- у ротовій порожнині;
- у вушному каналі;
- у прямій кишці;
- у піхві.

Результати можуть відрізнятися: температура в ротовій порожнині, як правило, на 0,5 градуса нижча від ректальної (виміряної в прямій кишці) й на 0,5 градуса

вища за температуру тіла, виміряну під паховою. Температура тіла у вушному каналі дорівнює або трохи вища за ректальну. Температура тіла, виміряна в паховій складці, близька до температури в порожнині рота.

Вимірювання температури тіла в паховій западині

Пахову ямку найчастіше використовують в Україні для вимірювання температури тіла, оскільки це практично зручно. Але водночас необхідно знати, що вимірювання температури тіла в паховій ямці є ненадійним, оскільки в цьому разі одержують менш точні результати, ніж під час вимірювання в інших порожнинах. Більше того, температура може бути неоднаковою у лівій і правій пахових западинах (частіше зліва на 0,1–0,3 °С вища). Якщо під час порівняльного вимірювання температури різниця більше 0,5 °С, то це свідчить про запальний процес на тому боці, де спостерігаються вищі цифри або ж про неточність вимірювання.

Методика:

- перед установленням термометра в пахову западину шкіру необхідно протерти серветкою (особливо в осіб, які часто пітніють). Цим запобігається охолодження градусника під час вимірювання температури унаслідок випаровування поту;

- установлювати термометр треба так, щоб весь ртутний резервуар з усіх боків прилягав до тіла в найглибшій точці пахової западини, нікуди не зміщуючись упродовж усього часу вимірювання температури;

- необхідно стежити, щоб повітря не потрапляло в пахову ямку, а термометр щільно прилягав до шкіри. Для цього треба притиснути плече й лікоть до тіла, щоб пахова ямка була закрита. Під час вимірювання температури тіла в маленьких дітей і хворих, що

перебувають у несвідомому стані, необхідно додатково притримувати руку, поки не завершиться вимірювання;

- час вимірювання температури тіла в паховій западині: 5 хвилин (під час використання ртутного термометра – не менше 10 хвилин);
- нормальна температура тіла під час вимірювання в паховій ямці 36,3–36,90 °С.

Вимірювання температури тіла в паховій складці

Не кращий спосіб вимірювання температури тіла, але його припустимо використовувати в грудних дітей. Дитину кладуть на спину та згинають її ногу в тазостегновому суглобі, приводячи стегно до тулуба. Утримують стегно в такому положенні впродовж всього часу вимірювання температури тіла (впродовж 5–10 хвилин залежно від типу використовуваного термометра).

Вимірювання температури в порожнині рота

Цей спосіб вимірювання температури тіла поширений в англомовних країнах і є досить надійним. Але він протипоказаний: дітям до 4–5 років, дітям із підвищеною збудливістю та психічним хворим, за наявності в пацієнтів захворювань порожнини рота та розладів носового дихання. Необхідно знати, що температура в порожнині рота може змінюватися після недавнього куріння чи прийому холодних / гарячих рідин, а збільшення частоти дихання на кожних 10 дихальних рухів вище норми може знижувати температуру в ротовій порожнині на 0,5 °С.

Методика:

- наконечник термометра поміщують під язик справа або зліва від його вуздечки;
- просять хворого тримати рот щільно закритим, щоб не надходило холодне повітря;
- час вимірювання температури тіла в порожнині рота ртутним термометром – 3 хвилини;

- нормальна температура тіла під час вимірювання в порожнині рота – 36,8–37,30 °С.

Якщо пацієнт випадково відкусив кінчик ртутного термометра під час вимірювання температури тіла, то турбуватися не потрібно – ртуть у тій кількості, у якій вона міститься в термометрі, під час проковтування не викликає отруєння, а дрібні уламки скла виходять із калом.

Вимірювання температури тіла у вушному каналі

Нечастий спосіб, проте він поширений у Германії. Під час вимірювання температури тіла в дітей, а також під час використання спеціального вушного інфрачервоного термометра мочка вуха піднімається вгору й назад, щоб випрямити вушний канал; після цього кінчик термометра обережно вводять у вухо приблизно на глибину 1 см.

Вимірювання температури тіла в прямій кишці

Пряма кишка – це замкнута анальним сфінктером порожнина зі стійкою температурою, тому під час вимірювання температури тіла в прямій кишці виходять найбільш точні результати. Крім того, температура у прямій кишці найбільш точна до температури внутрішніх органів. Цей спосіб вимірювання температури широко застосовують при термоневрозах, а також у дітей до 4–5 років, виснажених та ослаблених хворих (у яких градусник у паховій ділянці не щільно охоплюється м'якими тканинами). Протипоказання: затримка випорожнення (ампула прямої кишки інколи буває заповнена каловими масами), пронос, захворювання прямої кишки (проктит, геморої та ін.)

Методика:

- перед уведенням у пряму кишку кінчик термометра треба змастити вазеліном або будь-яким маслом;
- доросла дитина займає положення на боці, маленьку дитину кладуть на живіт;

- термометр повільно вводять у пряму кишку на глибину 2–3 см;

- після введення пацієнт повинен лежати, термометр стримується пальцями (як цигарка). Сідниці повинні щільно прилягати одна до одної, щоб виключити вплив холодного повітря;

- не можна різко вводити термометр, жорстко фіксувати його в прямій кишці, рухатися під час вимірювання температури тіла;

- час вимірювання температури тіла в прямій кишці ртутним термометром – 1–2 хвилини;

- нормальна температура тіла під час вимірювання в прямій кишці – 37,3–37,70 °С. Після вимірювання температури тіла градусник обов'язково поміщають у дезрозчин. Термометр, використаний для вимірювання температури в прямій кишці, зберігають окремо від інших термометрів.

Вимірювання температури тіла в піхві

Цей спосіб вимірювання температури тіла використовують переважно для визначення часу овуляції в дитячій гінекології.

Методика:

- вимірювання температури тіла проводять уранці, не встаючи з ліжка;

- термометр вводять глибоко в піхву;

- час вимірювання температури тіла в піхві ртутним термометром 5 хвилин;

- нормальна температура тіла під час вимірювання в піхві (залежить від фази менструального циклу) 36,7–37,50 °С. Після вимірювання температури тіла градусник обов'язково поміщають у дезрозчин. Термометр, використаний для вимірювання температури в піхві, зберігають окремо від інших термометрів.

Стадії гарячки

I. Стадія підвищення температури тіла. Триває декілька годин, днів, тижнів.

Патогенез характеризується тим, що теплопродукція перевищує тепловіддачу. Тепловіддача зменшується внаслідок звуження периферичних судин, зменшення припливу крові до шкіри, гальмування потовиділення, зменшення віддачі тепла шкірою. Виникає скорочення непосмугованих м'язів волосяних цибулин (утворюється так звана гусяча шкіра). Теплопродукція збільшується за рахунок активізації обміну речовин у скелетних м'язах (скорочувальний термогенез) на фоні підвищення м'язового тону та виникнення м'язового тремтіння. Унаслідок зменшення припливу крові до шкіри її температура знижується, інколи на декілька градусів. Це призводить до збудження терморецепторів шкіри й виникає озноб. У відповідь на це до центру терморегуляції надходять еферентні імпульси до рухових нейронів і виникає тремтіння скелетних м'язів.

Клінічна картина. Хворий скаржиться на озноб, головний біль, слабкість, розбитість, біль у м'язах, посилення серцебиття, задишку, спрагу. Іноді спостерігається блідість шкіри, ціаноз кінцівок. Пульс прискорений, артеріальний тиск нормальний або підвищений. Дихання прискорене, поверхневе. Язик обкладений. Іноді виникає закріп, затримка сечовиділення. Може спостерігатися непритомність, збудження, марення, галюцинації.

Догляд за хворими. У цей період слідкують за пульсом, артеріальним тиском, диханням, станом притомності, фізіологічними відправленнями, шкірою. Такі хворі звичайно знаходяться на суровому постільному режимі. Їх необхідно постійно зігрівати: тепло вкрити ковдрою, обкласти теплими грілками, давати у великій

кількості гарячі напої (чай, морси, відвари шипшини та ін.). Багато уваги потрібно приділяти харчуванню таких хворих, їжа повинна бути рідкою або напіврідкою, висококалорійною (дієта № 13). Годувати хворих потрібно невеликими порціями 5–6 разів на день.

Оскільки ці хворі перебувають на постільному режимі, треба своєчасно подавати їм судно, сечоприймач. При запорах потрібно робити очисну клізму. При затримці сечовипускання, особливо непритомному стані хворого, роблять катетеризацію сечового міхура. Слідкують за станом шкіри (профілактика пролежнів), ротової порожнини. За призначенням лікаря вводять серцеві засоби, дають дихати киснем.

Заходи, що зменшують гарячку та головний біль: холодні водно-оцтові примочки на голову, міхур із льодом на голову, обтирання тіла хворого водою кімнатної температури з додаванням оцту, вологе обкутування оголеного хворого та включення вентилятора.

При гіпертермії важкого перебігу, що не піддається ніяким лікувальним заходам, рекомендують: обкладання хворого міхурами з льодом, внутрішньовенне введення охолодженого ізотонічного розчину натрію хлориду, клізми з холодною водою.

II Стадія збереження сталої температури тіла на високому рівні. Триває від декількох годин до декількох тижнів, залежно від виду хвороби та реактивності організму.

Патогенез На початку стадії процеси теплоутворення та тепловіддачі приблизно врівноважені. У подальшому тепловіддача збільшується, переважаючи теплопродукцію, температура тіла не підвищується. Включення тепловіддачі відбувається за рахунок розширення периферичних судин, тому блідість шкіри

поступається місцем її почервонінню. У хворого виникає відчуття жару. У цей період порушується обмін речовин за рахунок розкладу вуглеводів, жирів, білків; через відсутність апетиту та порушення секреції травних залоз зменшується всмоктування поживних речовин, посилюються процеси аутоінтоксикації організму.

Клінічна картина. Хворий скаржиться на відчуття жару, головний біль, біль у м'язах, спрагу, відсутність апетиту. Можливе почервоніння шкіри, на дотик вона стає гарячою. Пульс прискорений. Артеріальний тиск нормальний або знижений. Дихання прискорене, поверхневе. Язик сухий, вкритий густим білим нальотом, при поганому догляді можуть бути тріщини. Інколи виникають явища психічного збудження хворого, запаморочення, непритомність.

Догляд за хворим такий, як і при I стадії гарячки, із певними особливостями. Уживання рідини повинно бути ще інтенсивнішим. До того ж, якщо хворий уживає сульфаніламідні препарати, які можуть осідати в сечовивідних шляхах у вигляді піску або камінців, потрібно давати йому лужне пиття (мінеральну воду боржомі, молоко з натрію гідрокарбонатом). Якомога більше обмежити кухонну сіль. Потреба у вітамінах у цей час підвищується, тому необхідно збільшити кількість фруктових соків, відвару шипшини.

Хворий часто буває дуже збудженим, тому важливо пильно стежити за ним. Ліжко потрібно огородити бічними стінками.

Через брак слиновиділення у гарячкових хворих часто спостерігається сухість слизових оболонок ротової порожнини аж до утворення кірок та тріщин на губах та язиці. Тому потрібно обробляти ротову порожнину 3 %-вим розчином натрію гідрокарбонату, 10 %-вим розчином бури на гліцерині, змащувати губи вазеліновою

олією. Для видалення з поверхні шкіри продуктів обміну, що накопилися та покращення видільної функції шкіри потрібно робити вологе обтирання хворого, своєчасно змінювати вологу натільну та постільну білизну. Хворі в цій стадії здебільшого слабкі, немічні, перебувають на постільному режимі. Тому необхідно своєчасно подавати їм судна та сечоприймачі.

III Стадія зниження температури тіла

На цій стадії утворення тепла в організмі знижується, а тепловіддача зростає. Зниження температури тіла може відбуватися двома шляхами – критичним і літичним.

Критичне зниження температури тіла (crisis) Хворий зазвичай перебуває у важкому стані. Температура тіла може швидко, упродовж кількох годин, знижуватися з 41–40 °С до 37–36 °С. У цей час може виникнути гостра серцева та судинна слабкість (колапс), що може викликати смерть хворого. Він проявляється певною клінічною картиною. Хворі скаржаться на слабкість, відчуття холоду, ознобу, похолодання кінцівок, спрагу, головний біль, безсоння, серцебиття, задишку. Під час об'єктивного обстеження виявляють блідість шкіри, яка пізніше стає ціанотичною, людина вкривається холодним липким потом. Кінцівки холоднішають. Пульс прискорений, слабкого наповнення (ниткоподібний пульс), артеріальний тиск падає, іноді до загрозливих цифр, дихання стає прискореним та поверхневим. Хворий непритомніє, зіниці розширюються, можуть виникнути судоми.

Догляд за хворим на цій стадії буває загальним і спеціальним. Загальний догляд передбачає зігрівання теплими грівками й великою кількістю теплої питва. Оскільки після цього з'являється потовиділення, хворого

необхідно обтирати сухим рушником, часто переодягати в суху чисту білизну, перемінювати постільну білизну.

Спеціальний догляд передбачає спостереження за пульсом, артеріальним тиском, диханням, станом притомності, фізіологічними відправленнями організму. Для покращення кровопостачання мозку необхідно, щоб голова хворого знаходилася нижче ніг, тому потрібно прибрати подушку, ножний кінець ліжка підняти на 30–40 см. За призначенням лікаря медична сестра вводить серцеві препарати, препарати що підвищують артеріальний тиск (кофеїн, сульфокамфокаїн та ін.) внутрішньовенно вводять багато рідини (глюкозу з вітамінами, ізотонічний розчин та ін.), заспокійливі та протисудомні препарати.

Літичне зниження температури тіла (lysis) з високих до нормальних цифр відбувається впродовж 2 – 3 діб. Стан хворого поступово покращується. У цей час він потребує великої кількості рідини, висококалорійної вітамінізованої дієти, частієї переміни постільної та натільної білизни (з причини надмірного потіння хворого).

Види лікувальної дії лікарських препаратів

Застосування різних лікарських препаратів називають фармакотерапією. Вона передбачає природні речовини (трави, мінерали тощо), а також речовини, синтезовані хімічним шляхом. Лікувальний вплив цих фармакотерапевтичних препаратів описаний нижче.

За механізмом терапевтичної дії

➤ Етіотропна – лікарський препарат безпосередньо впливає на причину, що викликала захворювання (наприклад, антибіотики, сульфаніламідні препарати знищують збудників запальних або інфекційних захворювань).

➤ Патогенетична – лікарський препарат впливає на певні ланки патологічного процесу (застосування гіпотензивних препаратів у хворих на гіпертонічну хворобу).

➤ Симптоматична – лікарський препарат призначають із метою усунення певного симптому (застосування препаратів від головного болю у хворих із гіпертонічним кризом).

➤ Замісна – лікарський препарат заповнює нестачу якоїсь речовини в організмі (вітамінів, гормонів, ферментів).

За місцем дії

➤ Місцева – препарат діє на тканину, що безпосередньо контактує з ним (мазі, пасти, присипки тощо).

➤ Загальна – препарат впливає на організм у цілому після потрапляння його в кров.

Також розрізняють основну дію лікарського препарату, коли він діє відповідно до мети свого призначення, та побічну, коли препарат негативно впливає на організм, що проявляється:

а) непереносимістю препарату (так званою ідіосинкразією) з подальшими алергічними реакціями, проявами тієї чи іншої хвороби (наприклад, виникнення кандидамікозу під час уживання антибіотиків);

б) виникненням толерантності (звикання) до лікарського препарату, уживаного впродовж тривалого часу. Наприклад, під час тривалого вживання нітрогліцерину його ефективність значно падає і, щоб досягти лікувального ефекту, треба давати хворому більшу дозу цього препарату. У разі тривалого й неправильного призначення наркотичних препаратів виникають наркоманії або токсикоманії.

Терапевтична дія будь-якої лікарської речовини виявляється лише в разі введення певної її кількості.

З урахуванням цього існують певні дози введення.

➤ Терапевтична (середньотерапевтична) – це звичайна доза лікарського препарату, що коливається залежно від віку, статі хворого, фізіологічного стану організму, наявності інших хвороб. Розрізняють разову й добову дози.

➤ Токсична доза викликає отруєння організму.

➤ Смертельна доза спричиняє смерть хворого.

Потрібно знати, що в разі призначення декількох препаратів можуть виникати потенціювання, тобто підсилення дій лікарських препаратів; несумісність лікарських препаратів, яка буває хімічною (одночасне призначення препаратів, що мають кислу та лужну реакцію), фармакологічною, коли одночасно вживають препарати, що мають протилежний вплив на одні й ті самі органи або їх функції.

Роздавання ліків

1. Медична сестра самостійно не може призначити хворому ліки або змінити призначення лікаря.

2. Водночас медична сестра, безпосередньо спостерігаючи за хворими, може затримати призначення, наприклад коли хворий погано переносить препарат або в нього виникла алергічна реакція, коли необхідність у призначенні певного лікарського препарату усунулася, наприклад, якщо хворий, якому призначено снодійне, заснув.

3. У разі появи найменших ознак неадекватної реакції на ліки або ускладнення медична сестра повинна негайно повідомити про це лікареві.

4. Якщо медична сестра переплутала ліки або перевищила їх дозу, потрібно негайно повідомити про це

лікареві, навіть у разі, коли у хворого відсутні ознаки отруєння.

5. Медична сестра повинна пам'ятати про важливу роль віри хворого в успішність призначеного лікування, тому вона не має права пропустити точного часу роздавання ліків, зневажливо ставитися до призначення того чи іншого препарату.

6. Якщо ліки мають неприємний смак або запах, хворого треба попередити про це та вказати на найкращий спосіб прийняття таких ліків.

7. Якщо ліки впливають на забарвлення калу або сечі, потрібно про це попередити хворого.

Виписування ліків

Виписуванням ліків у відділенні займається старша медична сестра. Існує певний порядок надходження ліків у відділення.

1. Лікар записує призначення до листка призначень.

2. Щодня медична сестра (брат) складає заявки на необхідні лікарські препарати та віддає їх старшій медичній сестрі.

3. Старша медична сестра на підставі цих заявок складає накладну за підписом завідувача відділенням і направляє її до аптеки.

4. На підставі поданих заявок аптека видає необхідні лікарські препарати.

Облік, отримання, зберігання медикаментів на прикладі педіатричного відділення дитячої лікарні Святої Зінаїди

Лікарські засоби медична сестра (брат) отримує в аптечному складі за відповідно оформленими документами та зберігає їх згідно з наказом МОЗ України

від 16.12.2003 року № 584 «Правила зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах» та наказом МОЗ України від 03.04.2018 року № 610 «Про внесення змін до правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах».

Приміщення для зберігання лікарських засобів згідно з чинними вимогами забезпечені охоронними та протипожежними засобами.

У приміщенні, де зберігають лікарські засоби підтримують температуру й вологість повітря, що відповідає вимогам інструкції про застосування лікарського засобу. **Приміщення забезпечені термометрами та гігromетрами.** Дані температури та вологості щоденно зазначають у відповідних журналах.

Особливих умов зберігання потребують лікарські засоби:

- які вимагають захисту від світла;
- які вимагають захисту від дії вологи;
- які вимагають захисту від дії підвищеної температури;
- які вимагають захисту від дії зниженої температури;
- пахучі, барвні;
- дезінфекційні засоби;
- медичні імунологічні препарати.

Готові лікарські засоби зберігаються в упаковці виробника, етикеткою назовні.

Таблетки, драже, капсули зберігають ізольовано від інших лікарських форм у заводській упаковці.

Ін'єкційні лікарські засоби зберігають у захищеному від світла місці.

Рідкі лікарські засоби (сиropи, настoйки, рідкі екстракти) зберігаються в прохолодному, захищеному від світла місці, якщо немає інших указівок на упаковці.

Мазі, лініменти, гелі, креми зберігають у прохолодному, захищеному від світла місці, у щільно запакованій тарі, якщо немає інших указівок в інструкції.

Заборонено виготовлення, розфасування, заміна етикеток, перекладання лікарських засобів.

Правила роздавання ліків (додаток пам'ятка)

1. Виконуючи призначення лікаря, медична сестра керується листками призначень лікаря.

2. Разові призначення (снотворні, препарати від головного болю), медична сестра виписує медичної карти стаціонарного хворого.

3. Приймання більшості ліків пов'язане з часом прийняття їжі, а саме: натще приймають послаблюючі препарати, мінеральні води, жовчогінні трави; після їжі приймають препарати, що подразнюють слизову оболонку травного каналу (бром, ацетилсаліцилову кислоту, препарати заліза, травні ферменти; перед їжею приймають шлунковий сік, лужні препарати, препарати, що діють на патогенну флору кишок (фталазол, імодіум); під час їди приймають травні ферменти, жовчогінні препарати, препарати заліза; у проміжках між їдою приймають усі індиферентні для функції травного каналу лікарські препарати (сульфаніламід, антибіотики тощо); снотворні препарати дають у певний час перед сном.

4. Перед роздаванням ліків медична сестра повинна звірити етикетки на упаковці з призначеннями, перевірити термін придатності ліків.

5. Хворі приймають ліки лише в присутності медичної сестри або лікаря.

6. Хворі, які самотійно пересуваються, приходять до поста медичної сестри самі й там отримують ліки; важкохворим медична сестра приносить ліки в палату та допомагає їх прийняти, дає запити кип'яченою водою з поїльника.

7. Водні розчини ліків дають хворим у градуйованих мензурках.

Ентеральний шлях введення лікарських речовин

Уведення ліків через рот (ентеральний спосіб введення) є найбільш простим, зручним і поширеним. Ліки легко дозуються, спосіб нетравматичний, не потрібно додержуватися стерильності, дія препарату починається в середньому через 20–30 хвилин. Недоліком вважають недостатньо швидкий початок дії, неточне дозування внаслідок взаємодії з прийнятою їжею, неповним усмоктуванням ліків у травному каналі, частковим руйнуванням їх травними ферментами та інактивацією в печінці.

Усерединою приймають тверді (таблетки, порошки, капсули, піюлі, гранули, драже) й рідкі (сиropи, суспензії, краплі, настоянки, мікстури) лікарські форми.

Перед роздачею ліків медсестра відбирає необхідні їй медикаменти за листом призначень, ретельно читає назву ліків, термін придатності, та розкладає їх у тій послідовності, у якій їх будуть видавати хворим дітям. Особливу увагу звертають на додержання правильних доз. Медична сестра особисто видає ліки та слідкує, щоб дитина їх випила. Медична сестра повинна знати, як приймати ліки: скільки разів на день, перед їдою, після їди чи під час їди, у яких дозах тощо.

Діти старші 4–5 років приймають ліки, як і дорослі. Краплі відміряють:

- піпеткою, окремою для кожного препарату;
- користуються спеціальною пляшечкою-крапельницею;
- капають безпосередньо з пляшечки в мензурку чи склянку. Набравши потрібну кількість крапель, доливають трохи перевареної води й дають випити дитині. Мікстуру дозують ложками, залежно від віку: чайними, десертними, столовими. Якщо в мікстурі є нерозчинний осад, її перед вживанням збовтують. Чайна ложка відповідає 5 мл ліків, десертна – 10 мл і столова – 15 мл. Краще для дозування мікстур користуватися спеціальними градуйованими мензурками, на яких нанесені поділki – 5–10–15–20–25 мл.

Порошки старшим дітям висипають на язик, ближче до кореня, де менше смакових рецепторів, дають запити невеликою кількістю води. Якщо порошки дуже неприємні на смак, до них можна додати трохи цукрової пудри.

Таблетки, облатки й пілюлі кладуть на язик і проковтують разом із водою, а потім запивають дрібними й частими ковтками: так ліки легше та швидше просуваються по стравоходу й потрапляють у шлунок.

Для послаблення смаку касторової олії її приймають із кавою. Доза для дорослих 25–30 г. Олію спочатку підігривають, зануривши пляшку в каструлю з гарячою водою (на водяній бані), потім беруть 1/3–1/2 – склянки кави, додають дві ложки підігрітої олії, старанно розмішують і випивають, запиваючи кавою, чаєм або мінеральною водою. Дітям касторову олію призначають у желатинових капсулах по 1–2 г олії в кожній.

Діти до 3–4 іноді до 5 років не можуть ковтати тверді форми ліків (таблетки, облатки, чи пілюлі), а порошки можуть аспірувати, тому ці форми медикаментів не дають дітям безпосередньо. Краще застосовувати

готові сиропи, суспензії, розчини ліків, спеціально виготовлені для дітей. Якщо таких форм немає, або дитина має алергію на допоміжні речовини (барвники, ароматизатори, стабілізатори, смакові добавки, консерванти)- вживають спеціально підготовлені сестрою «дорослі ліки».

Порошки насипають у ложку, розводять невеликою кількістю солодкої води (сиропу), а краще – чистої перевареної води й дають дитині. Бажано тут же дати кілька ковтків чистої води з чашечки або пляшки із соскою.

Таблетки, пілюлі в потрібній дозі спочатку подрібнюють і розтирають, найпростіше ложкою в ложці, або ложкою, розтирають таблетку, загорнуту у вощений папір, отриманий порошок приймають із ложки, з додаванням води й запивають, як зазначено вище.

Капсули розкривають, порошок, що міститься в капсулі в призначеній дозі з додаванням води дають дитині з ложечки.

Дітям грудного віку необхідну дозу рідких медикаментів краще давати не відразу, а частинами. Дитині першого року життя медсестра злегка натискує двома пальцями на щоки, відкриваючи рота, і обережно з ложечки вливає ліки. Зразу ж треба дати кілька ковтків чистої перевареної води з чашечки або соски, щоб запити медикаменти.

Для того, щоб розрахувати, яка частина таблетки (капсули) містить потрібну кількість ліків, треба разову дозу, призначену лікарем, поділити на дозу препарату в даній формі (одиниці виміру повинні бути однаковими), а одержане число записати у вигляді простого дробу.

Наприклад:

1) призначено кальцію глюконату 0,25 г. На посту є таблетки по 0,5 г. Дитина повинна одержати $0,25/0,5 = 0,5 = 1/2$ (половину) таблетки;

2) призначено фталазол 0,75 г, стандартні таблетки – 0,5 г. Потрібну дозу містять: $0,75/0,5 = 1,5 = 1 \text{ і } 1/2$ (півтори) таблетки.

Лікувальні препарати, що добре всмоктуються слизовою оболонкою порожнини рота, уживають під язик (сублінгвально). Для цього кілька крапель розчину наносять на шматочок цукру, який хворий кладе під язик і не ковтає.

Найчастіше сублінгвально застосовують серцеві препарати (2–3 краплі 1 % розчину нітрогліцерину, 5–6 крапель розчину валідолу). Багате кровопостачання слизової оболонки рота забезпечує швидке (через 1–2 хв) і повне всмоктування ліків у кров, обминаючи печінку й уникаючи руйнівної дії травних ферментів.

Деякі препарати випускають у вигляді спеціальних сублінгвальних таблеток, про що зазначено в інструкції.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

Приклад тестових питань до теми

1. На яку кількість хворих у середньому розрахований пост медичної сестри (брата):

- а) + 25–35 ліжок;
- б) – 20–25 ліжок;
- в) – до 20 ліжок;
- г) – понад 30 і більше ліжок?

2. Що не належить до медичної документації на посту медичної сестри (брата):

- а) + журнал обліку процедур відділенн;
- б) – журнал обліку якості передстерелізаційного оброблення;

- в) – журнал обліку температури повітря та вологості;
- г) – журнал обліку температури в холодильнику;
- д) – журнал обліку роботи з гігієнічного виховання населення?

3. Що не належить до медичної документації процедурного кабінету:

- а) + журнал обліку проведення генеральних прибирань у відділенні;
- б) – журнал реєстрації переливання трансфузійних рідин;
- в) – журнал обліку групи крові та резус-фактору;
- г) – журнал обліку процедур відділення?

4. Який термін зберігання медичної документації форма № 066/о:

- а) + 25 років;
- б) – 10–15 років;
- в) – до 5 років;
- г) – до 30 років?

5. Куди передають історію розвитку дитини після досягнення нею 18 річного віку:

- а) + до КДВ (консультативно діагностичного відділення) дорослих;
- б) – до дорослої поліклініки;
- в) – додому батькам на зберігання?

6. До властивостей пульсу належить:

- а) + перехід;
- б) – ритм;
- в) – частота;
- г) – наповнення;
- д) – напруження.

7. Формула розрахунку систолічного артеріального тиску дітям така:

- а) + $90 + 2Xn$, де n – кількість років;
- б) – $60 + n$, де n – кількість років;

в) – 120 п, де п – кількість років;

г) – 60 – п, де п – кількість років.

8. Що таке субфебрильна гарячка:

а) + температура тіла від 37°C до 38°C ;

б) – температура тіла від 38°C до 39°C ;

в) – температура тіла від 39°C до 40°C ;

д) – температура тіла від 40°C до 41°C ?

9. При яких захворюваннях можлива швидкоминуща гарячка:

а) + грипі;

б) – туберкульозі;

в) – хронічному тонзиліті?

10. Кратність вимірювання температури тіла в педіатричному відділенні:

а) + 2 рази на добу;

б) – 1 раз уранці;

в) – тільки під час госпіталізації.

11. Яка долікаторська допомога при I стадії лихоманки:

а) + укрити теплою ковдрою, напоїти теплим чаєм;

б) – розкрити хворого;

в) – давати прохолодне пиття;

г) – обтирати тіло хворого кімнатною температурою з додаванням оцту?

12. Такі лікарські засоби потребують особливих умов, крім:

а) – дезінфекційних;

б) – медичних імунологічних препаратів;

в) – пахучих, барвних;

г) + таблеток.

13. Яким Наказом МОЗ України регламентують правила зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у ЛПЗ:

а) + № 584;

- б) – № 38;
- в) – № 1614;
- г) – № 599?

14. До особливих та важливих пам'яток для медичної сестри під час роботи з медикаментами належить усе, крім:

- а) + підписання самостійно етикетки або підпис на упаковці;
- б) – уважного прочитання надпису на упаковці;
- в) – зберігання ліків лише в упаковці, відпущеній з аптеки;
- г) – недопущення зберігання разом із ліками на одній полиці інших речей (гуми, шприців, інше).

15. Який термін зберігання порошків:

- а) + 10 днів;
- б) – 3 дні;
- в) – 30 днів;
- 1 день?

16. Існують такі дози введення лікарських засобів, крім:

- а) + нормальної;
- б) – терапевтичної;
- в) – токсичної;
- г) – смертельної.

17. Яку має назву III стадія лихоманки:

- а) + стадія зниження температури тіла;
- б) – стадія збереження сталої температури на високому рівні;
- в) – стадія підвищення температури тіла;
- г) – стадія нормалізації температури тіла?

18. Якою вважають нормальною температура тіла під час вимірювання в паховій ямці:

- а) + 36,3–36,9 °C;

- б) – 36,9–37,2 °С;
- в) – 36,8–37,3 °С;
- г) – 37,3–38,9 °С?

19. Форма 004/о є документом, що характеризує стан здоров'я хворого, а саме:

- а) + температурний лист;
- б) – медична карта стаціонарного хворого;
- в) – історія розвитку дитини;
- г) – листок обліку руху хворих.

20. У якому році в Україні було створено та прийнято асоціацією медичних сестер етичний кодекс:

- а) + 1999 р.;
- б) – 2004 р.;
- в) – 2014 р.;
- г) – 1988 р.
- Д) – 1977 р.?

Основні нормативні документи, що регламентують роботу закладів охорони здоров'я

1. Міжнародні стандарти забезпечення охорони здоров'я дитячого населення.

2. Постанова Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2023 року № 376 «Про внесення змін у додаток 3 до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій».

3. Наказ МОЗ України від 21.05.2007 № 246 «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій».

4. Наказ МОЗ України від 03.08.2020 № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами».

5. Наказ МОЗ України від 06.09.2022 № 1602 «Про затвердження Змін до Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами».

6. Наказ МОЗ України від 05.11.2013 № 955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків».

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

8. Наказ МОЗ України № 38 від 28.03.94. «Про організацію та проведення заходів щодо боротьби з педикульозом».

ДОДАТОК А (обов'язковий)

Температурний лист стаціонарного хворого – це документ, що відображає стан пацієнта на основі таких показників: артеріальний тиск, температура тіла, частота пульсу

МОЗ України																Код форми за ЗКУД													
найменування закладу																Код закладу за ЗКІЮ													
		ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТОК														МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА 004/0 Затверджена наказом МОЗ України 26.07.99 р. № 184													
Карта № _____	Прізвище, ім'я, по батькові: _____														Палата № _____														
Дата _____																													
День хвороби _____																													
День перебування в стаціонарі		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15													
П	АТ	Т ^о	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	
140	200	41																											
120	175	40																											
100	150	39																											
90	125	38																											
80	100	37																											
70	75	36																											
60	50	35																											
Діагноз																													
Секція																													
Ведить лікар																													
Діагноз впродовж часу																													
Діагностичне																													
Лікування																													

ДОДАТОК Б (обов'язковий)

Техніка вимірювання артеріального тиску



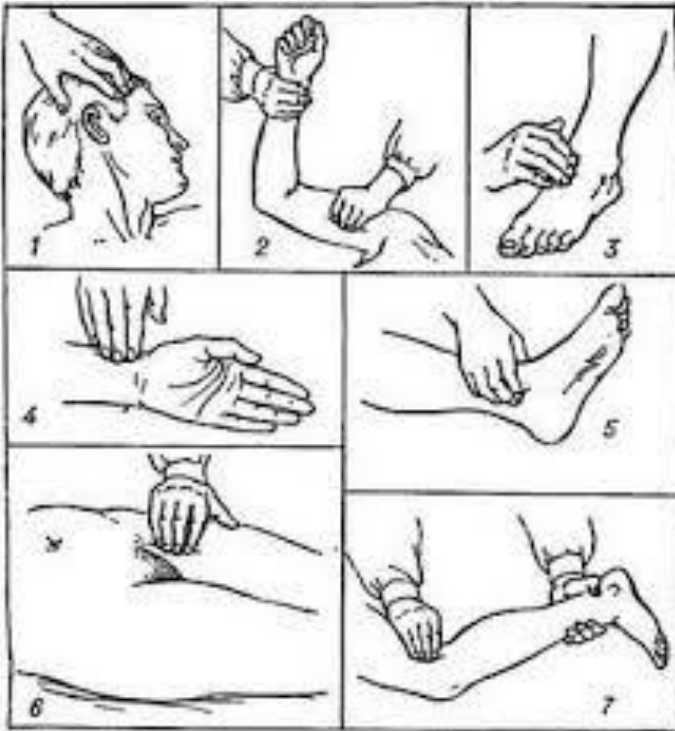
ДОДАТОК В (обов'язковий)

Правила вимірювання артеріального тиску



ДОДАТОК Г (обов'язковий)

Правила вимірювання пульсу



- 1 – визначення пульсу на скроневій артерії.
- 2 – визначення пульсу на плечовій артерії.
- 3 – визначення пульсу на тильній артерії стопи.
- 4 – визначення пульсу на променевій артерії.
- 5 – визначення пульсу на задній великогомілковій артерії.
- 6 – визначення пульсу на стегновій артерії.
- 7 – визначення пульсу на підколінній артерії.

ДОДАТОК Г

(обов'язковий)



Шляхи потрапляння ЛЗ в організм

ЕНТЕРАЛЬНИЙ (через ШКТ в кров)

Прийом всередину через рот (per os)	Простий, зручний шлях, не потребує стерильності Дія настає через 35 – 45 хв.
Під язик (сублінгвально) Защічно (трансбуквально)	Дія настає дуже швидко (1-3 хв), немає взаємодії з НСІ (нітроспидерин)
Через дихальні шляхи (інгаляційно)	Засоби для наркозу, для лікування бронхіальної астми
Через зонд в 12-палу кишку	MgSO ₄
Введення в пряму кишку (ректально)	Немає подразнюючого впливу на ШКТ, не проходить через печінку

ДОДАТОК Д (обов'язковий)

12 травня – у день народження видатної англійки Флоренс Найтінгейл, яка організувала перші у світі бригади сестер милосердя, відзначають Всесвітній день медичної сестри



Флоренс Найтінгейл – відома сестра милосердя



ДОДАТОК Е (обов'язковий)

Загальний вигляд педіатричного відділення (1)
та пост медичної сестри (2) дитячої лікарні Святої Зінаїди



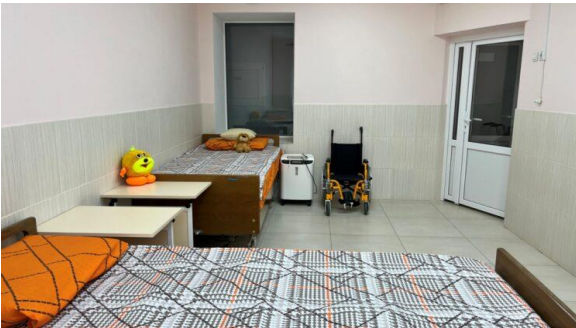
ДОДАТОК Є
(обов'язковий)

Ігрова кімната (1), їдальня педіатричного відділення (2)
дитячої лікарні Святої Зінаїди



ДОДАТОК Ж (обов'язковий)

Загальна палата для дітей старшого віку, палата для сумісного перебування матері й дитини та палата для дітей-інвалідів чи паліативних хворих зі спеціально оснащеними меблями в педіатричному відділенні дитячої лікарня Святої Зінаїди



Сайт педіатричного відділення дитячої лікарні
Святої Зінаїди

<https://smdkl.lic.org.ua/pediatrics-ne-viddilennya/>

ДОДАТОК 3
(обов'язковий)

Надпис на шафі з медикаментами в педіатричному
відділенні дитячої лікарні Святої Зінаїди
для швидкого орієнтування та кращого засвоєння
інформації медперсоналом

МЕДСЕСТРО!

Будь уважна та обережна
у ставленні до медикаментів!

1. Перед тим, як дати хворому ліки, уважно прочитай надписи на упаковці.
2. Зберігай ліки лише в упаковці відпущеній з аптеки:
 - а) не переливай ліки в другий посуд;
 - б) не перекладай порошки з пакет в пакет;
 - с) не пиши сама етикеток і не роби своїх підписів на упаковці ліків.
3. Не зберігай разом із ліками на одній полиці інші речі (гуму, шприці, інше).

ЗАПАМ'ЯТАЙ!

Хворий повинен приймати ліки лише в присутності медичної сестри!

**ТЕРМІН ЗБЕРІГАННЯ
МЕДИКАМЕНТІВ,
ВИГОТОВЛЕНИХ
В АПТЕЦІ:**

ПОРОШКИ – 10 ДНІВ

КРАПЛІ ДЛЯ ОЧЕЙ – 3 ДНІ

СТЕРИЛЬНІ РОЗЧИНИ –
30 ДНІВ

РОЗЧИНИ – 10 ДНІВ

ЗОВНІШНІ РОЗЧИНИ –
10 ДНІВ

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Медсестринство в педіатрії : підручник / В. С. Тарасюк та ін. 2-ге вид. 2021. 373 с.
2. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій : навчальний посібник / В. С. Березенко та ін. 3-тє вид. 2023. 207 (чорно-білі) + 32 кольорової вклейки.
3. Курдюмова Н. О., Поліщук Т. Г. Педіатрія: практичні навички : навчально-методичний посіб. 2-ге переробл. і допов., 2023. 328 с.
4. Методичні вказівки для самостійної роботи здобувачів вищої освіти IV курсу з дисципліни «Сестринська справа» (освітньо-кваліфікаційний рівень «Бакалавр», спеціальність «Соціальна робота») / Т. В. Бездітко та ін. Харків : ХНМУ, 2023. 84 с.
5. Клінічний медсестринський діагноз : навчальний посібник / Т. С. Оспанова та ін. МОЗ України, Харківський національний медичний університет. Харків : ХНМУ, 2019. 156 с.
6. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw / ed. J. D. Reindtorff, P. Kemp. Barselona, 2000.
7. Періодичні видання за тематикою (перелік систематично оновлюється та надається студентам).

ЕЛЕКТРОННИЙ РЕСУРС

1. https://zakononline.com.ua/documents/show/502234__760886.
2. https://med.expertus.com.ua/content/attachments/etychnyi-kodeks-medsestry_1660659336765.pdf.
3. https://zakononline.com.ua/documents/show/502234__760886.
4. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1318-21#Text>.
5. <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ2253>.

6. Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною : наказ МОЗ України № 152 від 4.04.2005. URL: <http://mozdocs.kiev.ua>.
7. Про затвердження клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років : наказ МОЗ № 149 від 20.03.2008. URL: <http://mozdocs.kiev.ua>.
8. Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій : наказ МОЗ України № 460 від 01.06.13. URL: <http://mozdocs.kiev.ua>.
9. Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення : НАКАЗ № 1614 від 11 жовтня 2021 р. https://zakononline.com.ua/documents/show/502234__760886.
10. Державні санітарно-протиепідемічні правила і норми щодо поводження з медичними відходами : наказ МОЗ України від 06.09.2022 N 1602. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1387-22#Text>.

Електронне навчальне видання

Методичні вказівки

до практичних занять

на тему *«Організація роботи поста медичної сестри.*

Медична документація, порядок її ведення»

з дисципліни **«Сестринська практика»**

(згідно з умовами Болонського процесу)

для здобувачів спеціальності 222 *«Медицина»*

очної форми здобуття вищої освіти

Відповідальний за випуск О. І. Сміян

Редакторка О. Ф. Дубровіна

Комп'ютерне верстання О. А. Коваль

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 4,70. Обл.-вид. арк. 3,78.

Видавець і виготовлювач

Сумський державний університет,
вул. Харківська, 116, м. Суми, 40007

Свідоцтво про внесення суб'єкта господарювання до Державного реєстру видавців,
виготовлювачів та розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 8193 від 15.10.2024.