

КРЕМІНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ

Методична розробка практичного заняття на основі компетентнісного підходу

Анатомо-фізіологічні особливості недоношеної дитини та догляд за нею

Навчальна дисципліна « Педіатрія»
Спеціальність 223 Медсестринство,
спеціалізація «Лікувальна справа»
Курс **3**, семестр **V**
Кількість годин **4**

1 Тема: Анатомо-фізіологічні особливості недоношеної дитини та догляд за нею

2. Результати навчання:

2.1 Компетентності

Компетентності

Згідно з вимогами стандарту дисципліни «Педіатрія» забезпечує набуття студентами компетентностей

Загальні компетентності:

1. Знання та розуміння анатомо –фізіологічних особливостей недоношеної дитини, організації медичної допомоги, принципів виходжування недоношених дітей, догляду за нею та розуміння професійної діяльності.
2. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
3. Здатність застосовувати знання в практичній ситуації .
4. Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
6. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
7. Здатність приймати обґрунтовані рішення.
8. Здатність працювати в команді.
9. Навички міжособистісної взаємодії.
10. Здатність спілкуватися рідною мовою як усно, так і письмово.
11. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
12. Визначеність і наполегливість щодо поставлених завдань і взятих обов'язків.
13. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо.

Фахові компетентності:

1. Здатність провести перший туалет недоношеної дитини.
2. Здатність здійснити послідовність дій під час медичного догляду за недоношеною дитиною:
 - ☐ *організація середовища та принципи виходжування недоношених дітей; етапність виходжування; методи зігрівання недоношених дітей; профілактика вторинної асфіксії, рахіту, анемії.*
3. Застосовування навичок (вмінь) під час здійснення медичного догляду за недоношеною дитиною:
 - ☐ *викладання дитини на живіт матері, обсушування голови і тіла, одягання дитини, перетискання та перерізування пуповини, перше раннє прикладання до грудей матері, вимірювання температури тіла, профілактика офтальмії, клеювання пуповини, антропометрія, оформлення документації, вдягання дитини, переведення до палати спільного перебування матері і дитини з дотриманням умов теплового ланцюжка.*
4. Здатність оцінити стан недоношеної новонародженої дитини.
5. Застосовування навичок (вмінь) під час здійснення щоденного туалету:
 - ☐ *догляд за шкірою і слизовими оболонками, підмивання, проведення гігієнічної ванни, вдягання (сповивання) немовлят.*
6. Здатність провести вигодовування недоношених новонароджених.

7. Ознайомлення з технікою вакцинації проти туберкульозу, гепатиту В.
8. Застосування навичок (вмінь) під час догляду за недоношеним немовлям у домашніх умовах.

Практичні навички:

- Здатність провести перший туалет новонародженій дитині;
- Здатність визначити масу тіла, зріст, виміряти окружність голови та грудної клітки;
- Застосування навичок (вмінь) при проведенні ранкового туалету недоношеній дитині; *туалет шкіри: підмивання, профілактика попірлостей; ранковий туалет слизових оболонок;*
- Застосування навичок (вмінь) при проведенні туалету залишку пуповини, пупкової ранки;
- Здатність провести вимірювання температури тіла, реєстрацію даних;
- Здатність провести гігієнічну ванну;
- Застосування навичок (вмінь) при проведенні вакцинації БЦЖ і проти гепатиту В недоношеній дитині;
- Застосування навичок (вмінь) при проведенні зігрівання в кувезі, за допомогою грілок;
- Застосування навичок (вмінь) при годування через зонд або з чашечки;
- Здатність заповнювати документацію;
- Здатність проводити вдягання (сповивання) дитини.
- Здатність користування кувезом.

3. Методи навчання

Підготовчий етап:

- Метод конкуруючих груп;
- бесіда-дискусія;
- метод кейсу.

Основний етап:

- Метод проблемного кейсу;
- рольова гра;
- «ротаційні трійки»;
- бесіда-дискусія;
- кейс-інцидент.

Заключний етап:

- Робота малими групами;
- «ротаційні трійки».

4. Методи контролю

- оцінювання усної відповіді студента;
- оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі;
- оцінювання вирішення тестових завдань;
- оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння;
- оцінювання активності при роботі в малих групах.

5. Міждисциплінарна інтеграція

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
-----------------------------------	-------------------------

1. Нормальна анатомія	Описувати особливості будови новонародженого.
3. Нормальна фізіологія	Знати та визначати особливості будови органів та систем в перинатальному періоді.
4. Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка	Знати особливості гігієни, харчування та догляду за новонародженими.
Внутрішньо предметна інтеграція	
Педіатрія	Знати АФО органів і систем дитячого віку Методику обстеження дитини. Вигодовування грудної дитини

5. Література

Основна:

1. *Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики*: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: ВСВ Медицина, 2018. — 592 с.
2. *Практичні навички в педіатрії*: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: ВСВ Медицина, 2018. — 296 с.
1. *Конспект лекції* за темою.

Додаткова:

СТРУКТУРА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

7. Підготовчий етап: (тривалість 45 хв.)

7.1 Мотивація навчальної діяльності.

7.1.1 Організаційна частина заняття.

Викладач перевіряє присутність студентів на занятті, відмічає відсутніх в академічному журналі, проводить контроль готовності студентів до заняття (зовнішній вигляд, наявність медичних рукавичок, алгоритмів, методичних вказівок) та готовність кабінету до заняття (наявність оснащення).

7.1.3 Мета заняття:

1. **Актуальність теми:** Одне із завдань розвитку тисячоліття, які визначила ООН у 2000 р., – зменшити смертність новонароджених. Відомо, що на долю новонароджених припадає 38% усіх випадків смерті дітей віком до 5 років у світі. Основні прямі причини смерті новонароджених у світі – інфекції (36%), передчасні пологи (28%) й асфіксія (23%). 60-80% випадків смерті пов'язані з малою масою при народженні. Поліпшення показників виживання помірно недоношених або гіпотрофічних немовлят не вимагає застосування вартісних технологій. Ризик смерті залежить від ускладнень з боку матері, особливо, під час пологів. У недоношених дітей в 10 разів частіше спостерігаються різноманітні вади розвитку. Невиношування вагітності – найважливіший перинатальний чинник ризику, оскільки з передчасними пологами пов'язано народження недоношеної дитини. Проблема надання медичної допомоги цій категорії новонароджених набула особливого значення для України після переходу у 2007 р. на нове визначення «живонародження» за критеріями ВООЗ, що зумовило необхідність офіційної

реєстрації народження й урахування результатів виходжування дітей з масою тіла від 500 г.

7.1.3 Мета заняття:

Конкретні цілі:

1. Ознайомити студентів

1. з відділенням по виходжуванню недоношених дітей;
2. з організацією медичної допомоги,
3. принципами виходжування недоношених дітей,
4. обладнання палат,
5. вимогами до персоналу відділення,
6. санітарно-гігієнічним режимом відділення

2. Навчити

А. Здійснювати огляд недоношених дітей:

1. оцінювати стан,
2. визначати ступінь недоношеності,
3. виявляти транзиторні стани,
4. приймати участь у догляді за недоношеною дитиною: зігрівання, годування.

3. Оволодіти практичними навичками:

Практичні навички:

- зважування, вимірювання зросту, окружності голови та грудної клітки;
- ранковий туалет недоношеної дитини;
- туалет пупкової ранки;
- проведення гігієнічної ванни;
- методика зігрівання в кувезі, за допомогою грілок;
- методика годування через зонд або з чашечки;
- вимірювання температури тіла, графічний запис;
- користування кувезом.

7.2 Перевірка вхідного рівня знань.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

7.2.1 Теоретичні питання до заняття

7.2.2 Тести

7.2.3 Навчальні ситуації

7.2.1 Теоретичні питання до заняття

1. Визначення недоношеності та її причини.
2. Клінічна характеристика недоношеної дитини.
 - зовнішні ознаки,
 - функціональна незрілість,
 - особливості центральної нервової системи, легень, серцево-судинної і травної систем, гемопоезу та реактивності організму.
3. Особливості перебігу фізіологічних станів.
4. Організація середовища та принципи виходжування недоношених дітей.
 - Етапність виходжування.
 - Методи зігрівання недоношених дітей.
5. Профілактика вторинної асфіксії.

6. Вигодовування недоношених з урахуванням віку, маси тіла під час народження, ступеня зрілості, загального стану.
- *Техніка годування.*
 - *Добова та разова кількість молока.*
 - *Потреба в основних харчових інгредієнтах.*
7. Профілактика гіпотрофії, рахіту, анемії.
8. Особливості фізичного та психомоторного розвитку.
9. Основні принципи диспансеризації недоношених дітей.
10. Догляд за недоношеною дитиною в домашніх умовах.

7.2.2 Тести

1. Для 3 ступеня недоношеності характерна маса при народженні (грами):

- a) 3000-2501;
- b) 2500-2001;
- c) 2000-1501;
- d) 1500-1001;
- e) 1000-501.

2. Температура повітря у палаті для недоношених новонароджених повинна становити(С0):

- a) 18-20;
- b) 20-22;
- c) 22-24;
- d) 24-26;
- e) 26-28.

3. Яка з ознак недоношеності належить до абсолютних?

- a) відкрите мале тім'ячко;
- a) низьке розташування пупка;
- b) довжина тіла менше 45см;
- c) м'які вушні раковини.

4. Довжина тіла недоношеного новонародженого не більша (сантиметри):

- a) 50;
- b) 48;
- c) 45;
- d) 43;
- e) 40.

5. Для 1 ступеня недоношеності характерна маса при народженні (грами):

- a) 3000-2500;
- b) 2500-2001;
- c) 2000-1501;
- d) 1500-1001;
- e) менше1000.

6. Щоденний туалет очей новонародженому у пологовому будинку проводять:

- a) теплою кип'яченою водою;
- b) стерильною вазеліною олією;
- c) 10% етиловим спиртом;
- d) водним розчином фурациліну 1:5000.

7. Профілактику гонобленореї проводять:

- a) 30%розчин сульфацилу натрію;
- b) 3%розчин перекису водню;
- c) 1%розчин діамантового зеленого;
- d) 5%розчин перманганату калію;
- e) розчин фурациліну 1:5000.

8. Плодом називають дитину з масою при народженні не більше (грами):

- a) 3000-;
- b) 2000;
- c) 1500;
- d) 1000;
- e) 500.

9. Для 2 ступеня недоношеності характерна маса при народженні (грами):

- a) 3000-2500;
- b) 2500-2001;
- c) 2000-1501;
- d) 1500-1001;
- e) менше1000.

10. Вкажіть найбільшу масу, яка вказує на недоношеність або внутрішньоутробну гіпотрофію дитини (в г):

- a) 2900;
- b) 2650;
- c) 2600;
- d) 2500; e) 2450

7.2.3 Навчальні ситуації (Задачі)

№1. Недоношена дитина масою 1300,0 термін гестації 31 тиждень.

Який ступінь недоношеності у дитини?

Визначити неврологічні ознаки які характеризують недоношеність.

Визначити спосіб вигодовування дитини

№2. Дитина народилася передчасно з вагою 1700 г, від першої ускладненої вагітності.

Профілактику якого захворювання слід передбачити при складанні плану догляду за недоношеною дитиною?

Визначити ступінь недоношеності у дитини.

Оцінити загальний стан дитини.

Дати рекомендації по виходжуванні дитини

№3. Дитина народилась на 34-му тиждні внутрішньоутробного розвитку, маса тіла 2050г, довжина 43 см.

Визначити ступінь недоношеності у дитини.

Визначити загальний стан дитини.

Дати рекомендації по виходжуванні дитини

8. Основний етап: (тривалість 90хв)

8.1 Проведення професійного тренінгу.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття:

8.1.1 Структурно-логічна схема змісту теми

8.1.2 Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок

8.1.3 Практичні завдання (типові, нетипові, непрогнозовані ситуації)

8.1.4 Завдання для роботи та роботи в малих групах (інтерактивні методи навчання)

8.1.1 Зміст теми

Згідно з термінологією ВООЗ, терміном **"недоношені"** позначають живонароджених дітей, що народилися з **22-го повного до 37-го повного тижня (154–259 повних діб, тобто від першого дня останнього нормального менструального циклу), незалежно від маси тіла та зросту дитини при народженні.**

*****Згідно з визначенням Американської академії педіатрії, недоношеними вважають новонароджених, гестаційний вік яких складає менше 38 тижнів.**

Класифікація недоношених за морфологічною та функціональною зрілістю (ВООЗ):

- **"маленька дитина"** або **"дитина, яка народилась з малою масою"** – це дитина, яка народилась недоношеною, в **терміні гестації 32 – 36 тижнів** або яка народилась на **1–2 місяці швидше очікуваної дати, або народилась з масою 1500 – 2500 г;**
- **"дуже маленька дитина"** або **"дитина, яка народилась з дуже малою масою"** – це дитина, яка народилась надзвичайно недоношеною, в **терміні гестації менше 32 тижнів; або яка народилась з масою менше 1500 г;**
- **"надзвичайно мала дитина"** – це дитина, яка при народженні важить менше ніж **1000 г.**
 - ***** У країнах Європейського Союзу всіх новонароджених, які при народженні виявляли хоча б одну з ознак життя, вважають "живими", незалежно від гестаційного віку та/або маси тіла при народженні.**
- **"Живонародження"** – це повне вигнання або вилучення продукту запліднення із порожнини матки, незалежно від тривалості вагітності, який після відділення дихає, або у якого спостерігається будь-яка із ознак життя.
- **"Мертвонародження"** – це повне вигнання або вилучення продукту запліднення із порожнини матки, з терміном вагітності мінімум 22 тижні або масою 500 г, який після відділення не виявляє жодних ознак життя.
 - *****Пологи вважаються передчасними, якщо відбуваються до повних 37 тижнів гестації або раніше 259 днів з першого дня останньої менструації.**

I. ПРИЧИНИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ:

1. Соціально–економічні і демографічні:

- харчування вагітної;
- характер медичного обслуговування;
- професійні шкідливості;
- сімейний стан матері;
- небажана вагітність;
- кліматичні та сезонні фактори;

2. Соціально–біологічні:

- вік батьків,
- шкідливі звички батьків,
- число попередніх медичних абортів,
- наявність спонтанних абортів,
- інтервал між пологами,

- результат попередньої вагітності,
- звичне невиношування,
- багатоплідна вагітність;

3. Клінічні:

з боку матері:

- складення даної вагітності (токсикози, неправильне положення плода, аномальне пінфекційні захворювання матері,
- урикріплення плаценти);
- хронічні соматичні захворювання матері;
- оперативні втручання під час вагітності (особливо лапаротомія);
- хронічні гінекологічні захворювання матері;
- психічні та фізичні травми вагітної;
- імунологічна несумісність матері і плода;
- аномалії розвитку жіночих статевих органів, особливо матки;

з боку плода:

внутрішньоутробні інфекції;
хромосомні захворювання плода;
аномалії розвитку плода.

Ступені недоношеності:

- I ступінь 2001-2500г 35 – 37 тижнів
- II ступінь 1501-2000 г 32-34 тижні
- III ступінь 1001 – 1500 г 29-31 тиждень (глибоконедоношені);
- IV ступінь до 1000 г до 29 тижнів (екстремально недоношені).

Діти з IV ступенем недоношеності в перші 7 днів життя вважаються плодом і лише довівши свою життєздатність, стають дітьми після першого тижня життя. В даний час є дані про виживання дітей з терміном гестації 22-23 тижні після інтенсивного лікування

Зрілість легенів визначається наявністю в альвеолах сурфактанту специфічної речовини, без якої не зможуть розправитися і задихати численні альвеоли легені. Сурфактант перешкоджає спаданню альвеол при диханні.

Зовнішні діагностичні критерії недоношених дітей:



- **малі розміри:** низький зріст і понижене харчування характерні для всіх недоношених, крім дітей, що народилися з масою тіла <2500 г;
- **поза дитини флексорна або напівфлексорна:** руки помірно зігнуті в ліктьових суглобах, ноги – в колінних та кульшових суглобах, голова нахилена до грудей, або поза "жабки";
- **непропорційність будови тіла:** відносно більші голова і тулуб, короткі шия і ноги, низьке розміщення пупка. Ці особливості частково зумовлені тим, що темп росту нижніх кінцівок збільшується в другій половині вагітності;

- **форма голови** залежить від положення плода в пологах і може бути брахіоцефалічною або доліхоцефалічною, однак кругліша, ніж у доношеної дитини; кістки черепа тонкі, шви і тім'ячка відкриті; обвід голови становить від 24 до 32 см і залежить від терміну гестації;
- **грудна клітка симетрична**, нижня апертура розгорнута, ребра розміщені під кутом до груднини, рухи грудної клітки симетричні;
- **м'язовий тонус** помірно або значно знижений залежно від терміну гестації при народженні: чим менший гестаційний вік, тим більше виражена м'язова гіпотонія;
- відмічається **спонтанна рухова активність**, дрібний тремор підборіддя і кінцівок, непостійний горизонтальний ністагм, помірне зниження рефлексів;
- **виражена гіперемія шкірних покривів**. Шкіра на підшвах з ледь помітними поперечними червоними рисками або наявна передня поперечна складка. У новонароджених близько 37 тижнів гестації складки займають 2/3 поверхні підшви;
- **виражене лануго (пушкове волосся)**, у недоношених з дуже малою масою тіла пушкове волосся є не тільки на плечах і спині, але покриває лоб, щоки, стегна, сідниці;
- **розведення в кульшових суглобах повне або надмірне**;
- **відсутні запаси жиру і глікогену, що сприяє розвитку гіпотермії**;
- **відкрита статева щілина у дівчаток** (внаслідок недорозвитку великих статевих губ);
- **порожня калитка** (яєчка опускаються в калитку з 7-го місяця внутрішньоутробного розвитку), у глибоко недоношених яєчка знаходяться в пахових каналах або в черевній порожнині, наявність їх у калитці свідчить, що гестаційний вік дитини перевищує 28 тижнів;
- **недорозвиток нігтів на руках**, до моменту народження нігті, навіть у дітей з малою масою тіла, достатньо добре сформовані, повністю покривають нігтьове ложе, однак часто не доходять до кінчиків пальців, останні застосовуються в якості тесту для оцінки ступеня розвитку. За даними зарубіжних авторів, нігті сягають кінчиків пальців у терміні вагітності 32 – 35 тижнів, а в терміні більше 35 тижнів виступають за їх краї. Однак нігті можуть сягати кінчиків пальців уже на 28-му тижні;
- **м'які вушні раковини**, внаслідок недорозвитку хрящової тканини у дітей з дуже малою масою тіла вушні раковини підвертаються досередини і злипаються;
- **переважання мозкового черепа над лицевим**;
- **мале тім'ячко завжди відкрите**;
- **недорозвиток грудних залоз**;
- **ареола плоска, сосок не виступає над поверхнею шкіри**.

Оцінка стану дитини при народженні проводиться за допомогою шкал:

- **шкала Апгар** (оцінка проводиться в кінці 1-ї хвилини та повторюють через 10–15 хвилин, третій раз стан дитини оцінюють через 2 год,
- **шкала Дубовича** – шкала постнатальної оцінки гестаційного віку (*10 неврологічних і 11 соматичних ознак*,
- **шкала Сільвермана – Андерсена** (оцінка важкості дихальних розладів у новонароджених,;

- **шкала Баллард** (визначення гестаційного віку)

шкала Баллард (визначення гестаційного віку)

1. Оцінка нервово-м'язової зрілості:

- **поза дитини:**
 - о – оцінка 0 балів: верхні і нижні кінцівки розігнуті;
 - о – оцінка 1 бал: наявне початкове згинання нижніх кінцівок у кульшовому і колінному суглобах, верхні – розігнуті;
 - о – оцінка 2 бали: більш сильне згинання нижніх кінцівок, верхні – розігнуті;
 - о – оцінка 3 бали: верхні кінцівки злегка зігнуті, нижні – зігнуті і розведені;
 - о – оцінка 4 бали: повне згинання верхніх і нижніх кінцівок;
- **реакція рук (квадратне вікно:** дитина лежить на спині, кисть новонародженого стиснути між великим і вказівним пальцями лікаря та зігнути у напрямку передпліччя у ліктьовому суглобі і утримувати у такому положенні протягом 5 с, після цього повністю розігнути руки потягнувши за кисті на себе, відпустити руки):
 - 0 балів: верхні кінцівки залишаються розігнутими або лише безладно рухаються;
 - 2 бали: кут у ліктьовому суглобі 100 – 180 °;
 - 3 бали: кут у ліктьовому суглобі 90 – 100 °;
 - 4 бали: кут у ліктьовому суглобі менше 90 °;
- **підколінний кут** (дитина лежить на спині; таз притиснутий до поверхні стола; вказівним пальцем лівої руки утримувати стегно в колінно-грудному положенні, а великим пальцем підтримувати коліна новонародженого; після цього легко натиснути вказівним пальцем правої руки на задню поверхню гомілковостопного суглоба і розігнути нижню кінцівку; виміряти підколінний кут):
 - о – 0 балів: підколінний кут рівний 180 °;
 - о – 1 бал: підколінний кут рівний 160 °;
 - о – 2 бали: підколінний кут рівний 130 °;
 - о – 3 бали: підколінний кут рівний 110 °;
 - о – 4 бали: підколінний кут рівний 90 °;
 - о – 5 балів: підколінний кут менший 90 °;
- **симптом шарфа, або косого руху** (дитина лежить на спині; верхню кінцівку взяти за кисть і намагатись завести обережно за шию якомога далі за протилежне плече; здійснюючи цей рух, проводять пересування ліктя даної руки вздовж тіла):
 - 0 балів: лікоть досягає передньої аксилярної лінії;
 - 1 бал: лікоть знаходиться між середньою лінією тіла і протилежною аксилярною лінією;
 - 2 бали: лікоть досягає середньої лінії;
 - 3 бали: лікоть не досягає середньої лінії;
- **притягування п'ятки до вуха** (дитина лежить на спині; стопу притягнути якомога ближче до голови без прикладання зусиль; визначити відстань між стопою і головою; визначити ступінь розгинання кінцівок у колінному суглобі):
 - 0 балів: стопа дотикається до голови, повністю розігнута;

- – *1 бал*: стопа на незначній відстані від голови, нога дещо зігнута в колінному суглобі;
- – *2 бали*: стопа на рівні верхньої третини плеча, зігнута в колінному суглобі;
- – *3 бали*: стопа на рівні пупка або дещо вище, нога зігнута під прямим кутом у колінному суглобі;
- – *4 бали*: стопа нижче пупка, нога зігнута у колінному суглобі під гострим кутом.

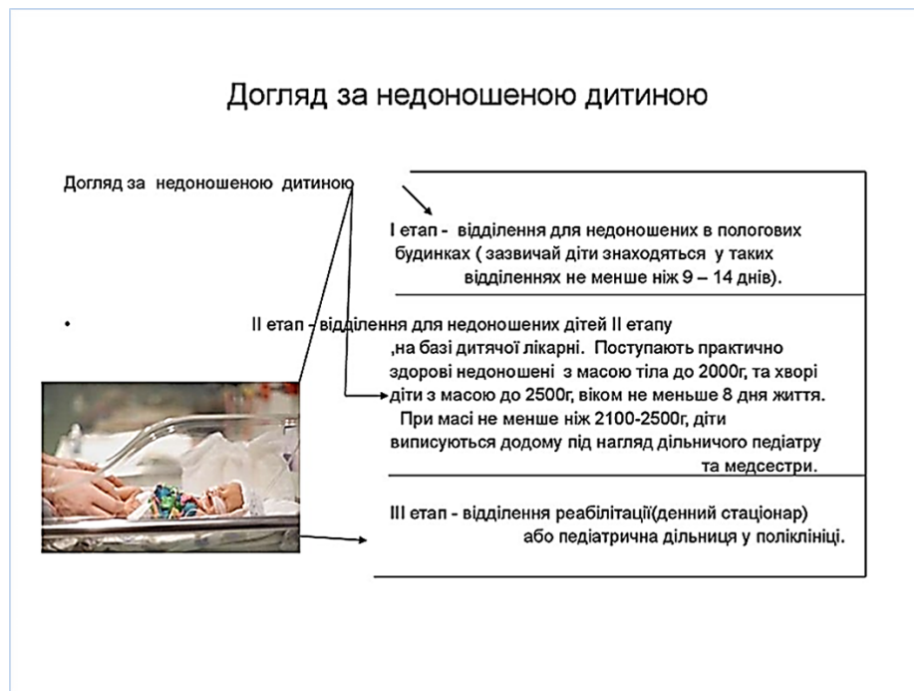
2. Особливості функцій органів і систем:

- • недоношені діти неспроможні підтримувати нормальну температуру тіла, схильні до гіпотермії;
- • у здорових недоношених дітей часто спостерігається періодичне часте дихання (тахіпное) внаслідок затримки фетальної рідини в легенях. Чим менший термін гестації, тим частіші апное;
- • незрілість серцево-судинної системи може призвести до відкриття артеріальної протоки при переважанні об'єму рідини;
- • часто виникає анемія, найнижчий рівень НЬ відмічається у віці 4-6 тижнів;
- • часто виникає гіпербілірубінемія, гіпоглікемія, гіпокальціємія, гіпонатріємія;
- • до моменту народження травний апарат здатний засвоїти тільки невелику кількість грудного молока;
- • недоношені діти схильні до частих зригувань. Найменші погіршеності в дієті, приєднання парентеральної інфекції, перегрівання часто ведуть до дисфункцій кишечника;
- • шлунок недоношеної дитини має дуже малу місткість, тому на першому тижні **кількість введеного молока повинна бути суворо обмежена: в 1-й день – 2 мл/кг; 2-й – 4 мл/кг; 7-й – 21 мл/кг;**
- • звільнення шлунка від грудного молока у недоношених 2-го місяця життя настає через 130-140 хв;
- • кишкова стінка має підвищену проникність. Мікроби і токсини з кишечника швидко всмоктуються в кров;
- • схильність до метеоризму, чому сприяє гіпотонія кишечника і передньої черевної стінки;
- • низька резистентність організму.

Особливості транзиторних станів у недоношених:

- • **фізіологічна втрата маси складає 9-14 %** від початкової, а відновлення триває 2-3 тижні;
- • **транзиторна гіпербілірубінемія** супроводжується вищими цифрами білірубіну; наростає до кінця першого, початку другого тижня, триває три тижні і довше; може ускладнитись білірубінового енцефалопатією;
- • **гормональний криз** зустрічається рідко, вираженість його невелика;
- • **проста еритема** більш виражена, ніж у доношених дітей, і триває довше (2-3 тижні);
- • **токсична еритема, транзиторна гіпертермія**, як правило, не спостерігаються;
- • **гіпотермія виникає швидше**, ніж у доношених, внаслідок меншої кількості підшкірної жирової основи та великого співвідношення площі поверхні тіла до його маси.

Етапи виходжування недоношених дітей:



Виділяють **три етапи виходжування недоношених дітей**.

Перший етап здійснюється в пологовому будинку протягом 5–7 днів для більш зрілих, 8–10 днів для глибоконедоношених.

У дітей, народжених із гестаційним віком понад 28 тижнів, також як і у доношених новонароджених, виконується стандартний обсяг заходів із профілактики: осушуються шкірні покриви, дитину обгортають в теплі стерильні пелюшки, але оскільки у них значно вищий ризик розвитку гіпотермічних станів стандартні заходи повинні виконуватися з особливою ретельністю [4]. В обов'язки медичної сестри на цьому етапі входить підтримка: 1) теплового та бактеріологічного режимів; 2) сенсорна стимуляція у вигляді дотику, погладжування і бесіди з ним; 3) **терапія сурфактантом**; 4) охоронного режиму (обмеження світлових, звукових, больових подразників); 5) зважування щодня, попереджаючи переохолодження дитини та забезпечуючи зміну інкубатора; 6) надання

комфортного фізіологічного положення.

Дитина, яка народилася з масою тіла менше 1500 г, може бути виписана додому під нагляд дільничного лікаря-педіатра за таких умов: маса тіла 2000 г і більше; загальний стан дитини задовільний і відповідає наступним ознакам: а) самостійне дихання адекватне з частотою 30–60 за хв; б) відсутність втягання податливих ділянок грудної клітки; в) відсутність апное щонайменше протягом 7 дів до дня виписування; г) відсутній ціаноз шкіри і слизових оболонок; дитина може підтримувати стабільну нормальну температуру тіла щонайменше 3 доби поспіль до дня виписування; дитина засвоює належний добовий обсяг харчування і стабільно збільшує масу тіла (щонайменше 20 г на добу протягом 3 дів поспіль до дня виписування); зроблені всі профілактичні щеплення та скринінгові дослідження; пуповинний залишок або ранка сухі та чисті, без ознак запалення; мати або члени сім'ї проінформовані та навчені догляду за дитиною: а) спостерігати за загальним станом і розвитком дитини; б) годувати дитину грудьми за вимогою і догодовувати, у разі необхідності, зцідженим грудним молоком; в) контролювати температуру тіла дитини та підтримувати її в межах 36,8–37,2 °С; мати або члени сім'ї проінформовані про загрозові стани дитини, при яких негайно потрібно звертатися за медичною допомогою: а) дитина погано смокче груди; б) дитина млява або збудлива; в) у дитини виникли судоми; г) у дитини порушення дихання: часте (більше 60 дихань за хв або утруднене); д) у дитини гіпотермія (температура тіла дитини менше 36,5 °С) або гіпертермія (температура тіла дитини більше 37,5 °С); е) визначається набряк, гіперемія або нагноювання пупкової ранки; є) у дитини блювота або діарея; мати також попереджена про заходи профілактики синдрому раптової смерті (рекомендовано сон на спині; не курити в приміщенні, де перебуває дитина; не накривати обличчя дитини під час сну).

Другий етап виходжування. На цьому етапі створення та підтримки оптимальних умов для виходжування дитини її поміщають в кувез.

І, як раніше було сказано, в обов'язки медичних сестер входить: 1) спостереження за положенням тіла, щоб уникнути застійних явищ і деформацій; 2) підтримання теплового режиму; 3) охоронний режим (обмеження світлових, звукових, больових подразників); 4) сенсорна стимуляція у вигляді дотику, погладжування і бесіди з ним; 5) регулярне проведення дезінфекції кувеза; 6) створення спеціальних – гніздечок; 7) контроль дихання; 8) моніторинг маси тіла; 9) контакт і участь батьків у виходжуванні; 10) ентеральне і парентеральне харчування дітей з ЕНМТ і ДНМТ; 11) підтримання балансу рідини та електролітів. *Критерієм виписки дитини на поліклінічну дільницю з 2-го етапу:* дитина може утримувати температуру тіла у відкритому ліжку не менше 1–2 доби (24–48 год); харчується з пляшечки або грудей матері, позитивна динаміка маси тіла (2000 г і більше) [5].

Третій етап виходжування. Головна роль медичної сестри – здійснення роботи із профілактики інвалідності, формування здорової дитини та надання медичної допомоги дітям із різною патологією вдома з метою виконання рекомендацій лікаря.

Для вирішення ряду завдань медична сестра виконує великий комплекс заходів: – спільно з дільничним лікарем-педіатром приймає недоношених дітей з моменту виписування зі стаціонару до трьох років; – забезпечує систематичність спостереження педіатром, окулістом, неврологом, сурдологом, ортопедом; – контролює, наскільки правильно батьки виконують лікарські призначення; – здійснює планування проведення вакцинації недоношеним дітям; – своєчасно організовує планові медичні огляди дітей, які

перебувають на диспансерному обліку; – контролює виконання лікувальних процедур вдома за призначенням лікаря; – допомагає лікарю при проведенні медичних оглядів дітей (здійснює антропометрію, оформляє необхідні довідки, рецепти, направлення на дослідження і т. д.); – консультує батьків із вибору лікувального харчування, медикаментозної терапії та профілактики захворювань (ЛФК, масаж, Війта-терапія, фізіотерапія, тонкий пальцевий тренінг); – розрахунок добового, разового обсягу їжі, складання меню при грудному вигодовуванні. Складання меню дитині на змішаному і штучному вигодовуванні.

Вигодовування:

Внутрішньоутробний термін гестації	Засіб ентерального годування
До 30 тижнів	Через зонд
30-33 тижнів	Через зонд або з чашечки
34-35 тижнів	Годування грудьми або з чашечки
> 36 тижнів	Годування грудьми

перше вигодовування залежить від *терміну гестації, маси тіла, загального стану*.
при I–II ст. недоношеності (НД) — пероральне харчування розпочинають через 3 години після народження введенням стерильної води в кількості 3–5 мл, потім 5% розчином глюкози; **грудне молоко** дають через 6–9 год (I ст. НД),
 9–12 год (II ст. НД).

- **при III–IV ст. НД** — пероральне харчування розпочинають через 6 годин введенням стерильної води в кількості 1–2 мл, пізніше 5% розчином глюкози; **грудне молоко** дають через 12–18 год (III ст. НД)
 24–36 год (IV ст. НД)
- **4. Методи вигодовування:** діти менше 34 тижня годують **зондом переривчастим (кожне годування), зондом постійним** — діти менше 1500,0, **годуються через соску** — діти більше 34 тижнів гестації.
- **визначення кількості молока:**
- **перші 10 днів** — формула Ромеля: $(Д.Д. - \text{добова доза}, n - \text{кількість днів}, m - \text{маса в грамах} / 100 - (10 + \text{день життя}) * \text{маса в грамах} : 100$.
- **після 10 дня** — об'ємний метод — $Д.Д. = 1/5$ маси тіла, при чому при I ст. НД — розрахунок на ідеальну масу;
 при II ст. НД — на фактичну (2 тижні), далі на ідеальну;
 при III–IV ст. НД — на фактичну масу (до тримісячного віку).

Орієнтовна кількість молока на 1 годування в залежності від віку та маси тіла

Маса при народженні, грами	Кількість годувань	Кількість молока на 1 годування						
		1 доба	2 доба	3 доба	4 доба	5 доба	6-13 доба	14 доба
1000	12	5 мл/кг	7 мл/кг	8 мл/кг	9 мл/кг	10 мл/кг	11-16 мл/кг	17 мл/кг
1250	12	6 мл/кг	8 мл/кг	9 мл/кг	11 мл/кг	12 мл/кг	14-19 мл/кг	21 мл/кг
1500	8	12 мл/кг	15 мл/кг	17 мл/кг	19 мл/кг	21 мл/кг	22-23 мл/кг	35 мл/кг
1750	8	14 мл/кг	18 мл/кг	20 мл/кг	22 мл/кг	24 мл/кг	26-42 мл/кг	45 мл/кг
2000	8	15 мл/кг	20 мл/кг	23 мл/кг	25 мл/кг	28 мл/кг	30-45 мл/кг	50 мл/кг

Основні принципи диспансеризації недоношених немовлят:

1. Динамічний нагляд за фізичним і психомоторним розвитком;
2. Контроль за проведенням раціонального вигодовування;
3. Профілактика, рання діагностика та лікування рахіту, анемії;
4. Своєчасне виявлення та лікування неврологічних і ортопедичних порушень, а також порушень функцій зору і слуху.

ПРОФІЛАКТИКА НАРОДЖЕННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ:

1. Охорона здоров'я майбутньої мами, починаючи з дитинства.
2. Запобігання медичним абортам.
3. Створення сприятливих умов для вагітної в сім'ї та на виробництві.
4. Своєчасне виявлення вагітних із загрозою передчасних пологів.

8.1.2 Алгоритми для формування професійних вмінь і навичок

- користування кувезом.
- методика зігрівання в кувезі, за допомогою грілок;
- методика годування через зонд;
- туалет пупкової ранки;
- проведення гігієнічної ванни;
- зважування, вимірювання зросту, окружності голови та грудної клітки;

Алгоритм дій галузевого стандарту освіти

Алгоритм виконання практичної навички

«Користування кувезом»



Послідовність	З м і с т	Примітка
Показання: Місце виконання Підготувати необхідне Алгоритм виконання:	Виходжування недоношеної дитини Пологовий будинок, дитяча лікарня. 3% розчин перекису водню з 0,5% р-м мийного засобу, чиста вето, дистильована вода, лампа ультрафіолетового випромінювання, серветки. 1. Вимийте руки. 2. Одягніть гумові рукавички. 3. Змініть фільтри. 4. Спорожніть водяний бак зволожувача кувеза. 5. Обробіть внутрішні поверхні kabini кувеза, полицку, матрац, а потім ручки кувезу 3% р-м перекису водню з 0,5% р-м мийного засобу дві-чі з інтервалом у 15 хв. 6. Закрийте кувез. 7. Обробіть двічі серветкою зволоженою дисти-льваною водою. Розташуйте лампу ультрафіолетового випромінювання на відстані 0,5 м від кувеза. Направте	Параметри роботи кувеза: $T = 31-36^{\circ}\text{C}$ Вологість 60-80% концентрація кисню 30-40% Дезінфікуйте кувез кожні 2 доби, перек-ладаючи дитину в інший кувез. Увага! Експозиція дії дезінфікуючих засобів – 60 хвилин. Кількість води 3-3,5л Дезінфекцію здійсню-ють поза межами дитячої палати в спеціальному і добре провітрюваному приміщенні. 

	промені світла в кабінку откритого кувеза. 8. Опромінювання проводять протягом 60 хвилин. 9. Закрийте кувез. 10. Залийте двічі дистильовану воду у зволожуючу систему. 11. Покладіть марлеві фільтри на всі отвори кабінки. 12. Включіть кувез в електромережу. 13. Задайте Параметри роботи кувеза. Витримайте 5 годин. 14. Всі маніпуляції та догляд за дитиною в кувезі проводьте через бокові отвори.	Тривалість перебування недоношеної дитини в кувезі: – діти, які мають масу понад 1200г, перебувають в кувезі 3-14 днів, – при масі, що менше 1200г 14-30 днів. Протягом першого тижня в кувезі температура 36°C. – 3 12 до 15 днів – 34°C – 3 15 - 20 день – 33°C – Після 20 днів – 32° Вологість 60 – 80% Концентрація кисню 30 – 40%.
--	--	--

Алгоритм виконання практичної навички

«ТЕХНІКА ОБРОБКИ КУВЕЗА ТИПУ «МЕДИКОР»

Оснащення:

1. Кувез типу «Медікор»
2. Дезинфікуючий розчин
3. Стерильна тканина (пелюшка)

Час проведення: кожні 3-4 дні.

Послідовність	Зміст	Примітка
Алгоритм виконання:	1. Підготувати все необхідне оснащення. 2. Кувез виключити. 3. Змінити марлеві фільтри	Забезпечується чіткість та ефективність проведення процедури. Дотримування техніки
Виконання процедури	1. стерильну пелюшку (тканини) змочити в дез. розчин, віджати двічі, протерти внутрішні стінки камери кувеза, поличку і матрац, а потім ручки апарата. 2. Після обробки кришку кувеза закрити на 1 годину.	Дотримування техніки 

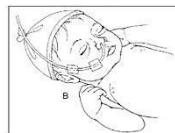
	3. Через годину камеру відкрити і два рази протерти стерильною тканиною, добре змоченою у воді, всі поверхні. 4. Усі поверхні, які були змочені, оброблені, витерті насухо. 5. Включити бактерицидну лампу, розмістити її на відстані 0,5-1,0м від кувеза, направляючи світло її на відкриту камеру. 6.Провітрювання й опромінювання камери проводити протягом 30-60 хв. 7. Після цього кришку камери опустити, включити апарат і витримати 2 години.	
Завершен. процедури	1.Вимити і висушити руки. 2. В кувез можна покласти дитину на стерильну подушку	Забезпечується інфекційна безпека

Алгоритм виконання практичної навички «Техніка застосування грілки для зігрівання недоношених»

Послідовність	Зміст	Примітка
Показання: Протипоказання: Місце виконання: Підготувати необхідне: Алгоритм виконання:	Зігрівання недоношеної дитини. Гострі запальні процеси в черевній порожнині (гострий апендицит, гострий холецистит), травматичні ушкодження в перші години, пухлини, кровотечі. пологовий будинок,. Гумову грілку, пелюшку, гарячу воду Т°- 60⁰С, дез.розчин, серветки. 1. Вимий руки. 2. Відкрий грілку. 3. Заповни грілку гарячою водою 40⁰С -60⁰С до половини її об'єму. Витисни повітря з грілки. Щільно закрій грілку. 4. Переверни грілку, перевір на герметичність. 5. Загорни грілку в пелюшку.	Не змінюй одночасно всі грілки. 

Заповнити медичну документацію:	6. При зігріванні недоношених дітей використовуй 3 грілки. Одну з них поклади під ноги дитині, а дві інші вздовж тіла з кожного боку на відстані долоні. Прикрий дитину ковдрою. Періодично через 30 хвилин змінюй грілку по черзі. 7. Після проведення процедури продезінфікуй звільнену від води грілку 3% розчином хлораміну двічі з інтервалом 15 хвилин. Потім промий водою її, висуши або витри насухо серветкою. В умовах стаціонару про застосування грілки зроби відмітку у листку призначень.	
---------------------------------	--	--

Алгоритм виконання практичної навички
«Годування недоношеної дитини через зонд»

Годування недоношеної дитини через зонд												
Послідовність	З М І С Т	Примітки										
Показання	Недоношені діти з відсутнім смоктальним та ковтальним рефlekсами, тяжкий стан новонародженої дитини	<table><tr><th>Внутрішньоутробний термін гестації</th><th>Засіб ентєрального годування</th></tr><tr><td>До 30 тижнів</td><td>Через зонд</td></tr><tr><td>30-33 тижнів</td><td>Через зонд або з чашечки</td></tr><tr><td>34-35 тижнів</td><td>Годування грудьми або з чашечки</td></tr><tr><td>> 36 тижнів</td><td>Годування грудьми</td></tr></table>	Внутрішньоутробний термін гестації	Засіб ентєрального годування	До 30 тижнів	Через зонд	30-33 тижнів	Через зонд або з чашечки	34-35 тижнів	Годування грудьми або з чашечки	> 36 тижнів	Годування грудьми
Внутрішньоутробний термін гестації	Засіб ентєрального годування											
До 30 тижнів	Через зонд											
30-33 тижнів	Через зонд або з чашечки											
34-35 тижнів	Годування грудьми або з чашечки											
> 36 тижнів	Годування грудьми											
Місце виконання	Пологовий будинок, дитяча лікарня.											
Підготувати необхідне	Зонд, грудне молоко, переварена вода, стерильні гумові рукавички, стерильний шприц	Способи годування за допомогою зонда: одномоментний та постійний										
Алгоритм виконання	Вимийте й обробіть руки 70% розчином етилового спирту, надягніть стерильні гумові рукавички. У стерильний шприц наберіть необхідну кількість грудного молока. Підготуйте стерильний зонд. При одномоментному методі вигодовування. Стерильний шприц з'єднайте із зондом. Усю систему заповнюють	Годування дитини через зонд  орогастральний (А)  назогастральний (В)										

	молоком для запобігання потраплянню повітря в шлунок. Кінчик зонда змочують перевареною водою. Зонд уведіть через рот або ніс до встановленої позначки, після чого повільно введіть молоко в шлунок. Після годування зонд обережно вийміть із шлунка. При постійному методі вигодовування. Зонд уведіть у шлунок. Перед уведенням молока необхідно впевнитися, що зонд знаходиться в шлунку. Поршень шприца відтягніть до появи шлункового вмісту. Зонд з'єднайте із шприцом та повільно введіть молоко в шлунок. Зонд фіксуйте за допомогою лейкопластиру	
Заповнити медичну документацію	Після годування дитини зробіть відмітку в листку призначень.	

Алгоритм виконання практичної навички
«Ранковий туалет дитин»

Послідовність	Зміст	Примітки
Показання	Профілактика та лікування захворювань слизових оболонок дитини грудного віку.	1. Дівчаток підмивай проточною водою від лобкового підвищення до відхідника. В умовах стаціонару для підмивання використовуй промаркований чайник. 2. Забороняється прочищати носові ходи твердими предметами (сірниками, паличками з ватними кульками).

		3. Забороняється прочищати зовнішній слуховий хід твердими предметами (сірниками, паличками з ватними кульками).
Місце виконання	Лікувально-профілактичні заклади, домашні умови.	
Підготуй необхідне	Ватні турунди, ватні кульки, розчин фурациліну 1:5000, слабо-рожевий розчин калію перманганату, стерильне вазелінове масло або рослинна олія, промаркований чайник, переварена вода температури 37°C, гумові рукавички, фартух.	
Алгоритм виконання	1.Вимий руки. 2.Підмий дитину теплою перевареною водою, після чого поклади її на пелюшку на сповивальний столик. Туалет носових ходів 1.Носові ходи прочисти окремими турундами. 2.Змочену вазеліновим маслом або олією ватну турунду введи у носовий хід обережними обертальними рухами на 1-1,5 см. Повторюй декілька разів. Туалет очей 1.Стерильним ватним тампоном, змоченим перевареною водою або розчином фурациліну 1:5000 (або слабо-рожевим розчином калію перманганату), промий кожне око від зовнішнього кута ока до перенісся. Туалет зовнішнього слухового ходу 1.Проводь при необхідності. 2.Суху ватну турунду обережно введи у зовнішній слуховий хід, при цьому вушну раковину відтягни назад і догори. Туалет ротової порожнини Здоровим дітям не проводять, оскільки слизові оболонки в них ранимі й легко травмуються.	  
Заповни медичну документацію	Після догляду за слизовими оболонками в умовах стаціонару зроби відмітку в листку призначень.	

**Алгоритм виконання практичної навички
«Вимірювання зрост»**

Послідовність	Зміст	Примітки
Показання	Оцінка фізичного розвитку дитини. 	1.Частота вимірювання зросту залежить від віку дитини. 2.Зріст у ☐ дітей першого року життя вимірюй щомісячно, ☐ з 1 до 2 років -1 раз на квартал, ☐ з 2 до 3 років - один раз в 6 міс, ☐ з 3 років - один раз на рік. 3.Дітям після року вимірюй зріст на вертикальному зрістомірі. 4.Руки повинні бути чистими, сухими та теплими.
Місце виконання	Лікувально-профілактичні заклади.	
Підготуй необхідне	Горизонтальний зрістомір, склянки з дезинфікуючим розчином, чисті серветки.	
Алгоритм виконання	1.Вимий руки. 2.Поклади горизонтальний зрістомір на столі шкалою до себе. 3.Основу зрістоміра накрій пелюшкою. 4.Поклади дитину так, щоб маківка голівки щільно прилягала до нерухомої планки зрістоміра 5.Розправ ніжки легким натискуванням лівої руки на коліна. 6.Підведи рухому планку до підшав. 7.Визнач зріст на шкалі зрістоміра в сантиметрах. 8.Знезаражзрістомір дезинфікуючим розчином.	
Заповни медичну документацію	1.Дані вимірювання занеси в "Історію розвитку дитини" (ф. № 112/о) або "Історію розвитку новонародженого"(ф. № 097/о). 2.Порівняй їх з віковою нормою.	

Алгоритм виконання практичної навички «ТУАЛЕТ ПУПКОВОЇ РАНКИ, ЗАЛИШКУ ПУПОВИНИ»

Оснащення:

Стерильні марлеві серветки, піпетки, палички з ватними кульками, 96% етиловий спирт, 5% розчин перманганату калію, 3% розчин перекису водню, гумові рукавички, стерильний лоток, лоток для відпрацьованого матеріалу, 3% розчин хлораміну.

<i>ЕТАПИ</i>	<i>ОБГРУНТУВАННЯ</i>
1.Роз'яснити матері мету і хід проведення процедури	Забезпечення правильного щоденного догляду за дитиною
2.Підготувати необхідне оснащення	Забезпечення чіткості і швидкості проведення процедури
3.Вимити і висушити руки, одягнути рукавички. Обробити сповивальний столик дезрозчином і застелити його пелюшкою	Забезпечення інфекційної безпеки
4.Покласти дитину на сповивальний столик	Найбільш зручне положення дитини
<i>Туалет залишку пуповини</i>	
- Пуповинний залишок не треба накривати пов'язками або підгузниками . - За умови відсутності раннього контакту “шкіра до шкіри ” матері і дитини та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного залишку та пуповинної ранки розчиномдіамантовогозеленого. - При забрудненні пуповинного залишку (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити пуповинний залишок теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити його чистою пелюшкою або серветкою. -Необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим та чистим. -Спостерігати за імовірними ознаками інфекції.	Нема необхідності обробляти пуповинний залишок антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини “шкіра-до-шкіри” з подальшим спільним перебуванням За наказом № 152 від 04.04.2005 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»  

Туалет пупкової ранки	
5.Розведи краї пупкової ранки вказівним і великим пальцями лівої руки	Забезпечення максимального доступу до пупкової ранки
6. Набері декілька крапель 3% розчину перекису водню, закапай 1 – 2 краплі 3% розчину перекису водню в пупкову ранку. Візьми індивідуальну паличку з ватною кулькою, видали «піну», що утворилася в пупковій ранці рухами з центра до периферії, кожен раз, виходячи на периферію, змінюючи паличку.	Забезпечення механічного очищення пупкової ранки Обробка рухами з центру до периферії попереджує занесення інфекції до пупкової ранки
7. Зберігаючи розтягнутими краї пупкової ранки, закапати 1 - 2 краплі 70% етилового спирту в пупкову ранку. Почекай, доки спирт випариться.	Забезпечення дезінфікуючого і підсушуючого ефекту 
8.Обробити (по необхідності) пупкову ранку (не доторкуючись до шкіри навколо пупкового кільця) 5 % розчином перманганату калію за допомогою індивідуальної ватної палички	Забезпечення дезінфікуючого і підсушуючого ефекту 5% розчин перманганату калію може викликати опік шкіри
9. Сповити дитину і покласти в ліжко	Забезпечення безпеки дитини
10. Забрати пелюшку зі сповивального столика і покласти її в мішок для брудної білизни. Протерти робочу поверхню сповивального столика дезрозчином. Зняти рукавички, вимити і висушити руки	Забезпечення інфекційної безпеки

**Алгоритм виконання практичної навички
«Проведення гігієнічної ванни»**

Послідовність	Зміст	Примітки
----------------------	--------------	-----------------

Показання	Догляд за шкірою дитини, загартовування 	1.Ванночку використовуй тільки для купання дитини. 2.Температура води 36-37°C. 3.Вперше новонародженого купай через 1-2 доби після виписування з пологового будинку. З цього часу і до 6 міс немовля купай щоденно, з 6 до 12 міс – через день, до 2 років – 2 рази на тиждень. 4.Дитяче мило використовуй з 3- 4-го тижня життя, м'яку мочалку - після року. 5.Тривалість купання дітей до одного року становить 5-7 хв, на другому році життя – 8-10 хв, для старших дітей – 10-20 хв. 6.З метою загартовування облий дитину водою, температура якої на 1°C нижче, ніж температура гігієнічної ванни. 7.Для купання новонародженого використовуй тільки переварену воду. 8.У перші місяці життя дітей можна занурювати у воду в пелюшці.
Місце виконання	Домашні умови, лікувальні заклади.	
Підготуй необхідне	Ванночка (краще емальована), водний термометр, емальована кружка або глечик, дитяче мило, пелюшка, простирадло, чистий одяг, охолоджена та гаряча переварена вода, фартух.	
Алгоритм виконання	1.Вимий руки, надягни фартух. 2.Вимий ванночку з милом, змий гарячою водою. Поклади на дно ванночки чисту пелюшку. 3.Налий у ванночку воду (холодну, потім гарячу), виміряй її температуру. 4.Роздягни дитину, візьми на руки та обережно опусти у воду. Однією рукою підтримуй голівку дитини, а вільною рукою обмивай волосисту частину голівки, шию, тулуб, кінцівки.	

	5.Обличчя дитини водою з ванни не мий. 6.Вийми дитину з води, обполосни чистою теплою водою з глечика, температура якої на 1°С нижче, ніж температура води гігієнічної ванни. 7.Загорни немовля в простирадло. Шкіру висуши обережними промокальними рухами, не розтираючи її, після чого дитину одягни або сповий. 8.В умовах стаціонару після проведення гігієнічної ванни фартух і ванночку продезинфікуй.	
<i>Заповни медичну документацію</i>	Про проведення гігієнічної ванни зроби відмітку в листку призначень.	

8.1.3 Практичні завдання

Задачі

1. Дитина народилась на 34-му тижні внутрішньоутробного розвитку, маса тіла 2050г, довжина 43 см. Дитина млява, кричить слабо. М'язовий тонус знижений, шкіра тонка, яскраво-червоного кольору, підшкірний шар стоншений.

- *Визначити ступінь недоношеності у дитини.*
- *Оцінити загальний стан дитини.*
- *Визначити етап виходжування новонародженої дитини*

2. Недоношена дівчинка народилася з масою тіла 1500г, довжиною 40см, окружністю голови 29 см, окружністю грудей 26 см.

- *Визначити ступінь недоношеності у дитини.*
- *Оцінити загальний стан дитини.*
- *Оцінка стану за шкалою Апгар*

ЗАВДАННЯ

1. Продовжіть та заповніть таблицю (+/-) *таблицю порівняльної характеристики доношеної та передчасно народженої дитини* (визначення, ознаки, фізіологічні стани, первинний туалет н/н, умови виходжування, вигодовування, профілактичні обстеження, вакцинація, профілактика соматичних захворювань).

Ознака	Доношена н/н дитина	Передчасно народжена н/н дитина
1. Хрящі вух недорозвинені, м'які, асиметричні		
2. Голосний крик		
3. Вуха прижаті до кісток черепа		
4. Нігті доходять до кінчиків пальців		
5.Маса більше 2500г		
6. Зріст більше 45см		
7.		
8.		
9.		

10.		
11.		
12.		
.....		

9. Заключний етап: (тривалість етапу 45хв.)

Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття:

9.1 Підведення підсумків заняття.

- **9.1.1 Тести**
- **9.1.2 Навчальні ситуації**
- **9.1.3 Навчальні завдання для самостійної роботи**
- **9.1.4 Оцінювання**

9.1.2 Навчальні ситуації

Задача 1. Дівчинка П., народилася на 39 тижнів гестації з маса тіла 1900г, ріст 51 см.

- *Визначити ступінь недоношеності у дитини.*
- *Оцінити загальний стан дитини.*
- *Визначити причини недоношеності*
- *Особливості виходжування даної дитини*
- *Визначити кількості молока, скласти меню на один день*

9.1.1 Тести

1. Яку дитину слід вважати недоношеною?

- A. 3 масою менше 2000г, народжену з 35 до 39 тижню.
- B. 3 масою тіла до 2500г., народжену 37 до 40 тижню.
- C. 3 масою менше 2500г., народжену з 28 до 37 тижню.
- D. 3 масою менше 2500г., народжену з 33 до 35 тижня.
- E. 3 масою менше 2000г.

2. Із якого розрахунку можна визначити необхідну кількість молока для недоношеної дитини віком 9 днів?

- A. 1/5 маси тіла;
- B. за формулою Фінкельштейна;
- C. за формулою Ромеля;
- D. за формулою Зайцевої;
- E. 120 ккал/кг маси.

3. Від чого залежить вибір методу ентерального харчування недоношеної дитини?

- A. ступеня недоношеності;
- B. зрілості ЦНС;
- C. тільки від зрілості шлунково-кишкового тракту;
- D. вираженості смоктального рефлексу і гестаційного віку;

Е. маси тіла.

4. При II ст. недоношеності вигодовування грудним молоком розпочинають:

- А. з моменту народження;
- В. через 2 год.;
- С. через 3 год.;
- Д. через 9 год.;
- Е. через 24 год.

5. Вік батьків є наступним чинником невиношування вагітності:

- А. соціально-економічним;
- В. демографічним;
- С. соціально-біологічним;
- Д. клінічним;
- Е. етіологічним.

6. Яку кількість молока потребує недоношена дитина масою 2000 г 4-х днів?

- А. 200 мл;
- В. 280 мл;
- С. 360 мл;
- Д. 380 мл;
- Е. 400 мл;

7. Спеціалізований відділ для виходжування недоношених належить до:

- А. до I-го етапу;
- В. до II-го етапу;
- С. до III-го етапу;
- Д. до IV-го етапу;
- Е. до V-го етапу.

8. Недоношена дитина масою 1300,0 термін гестації 31 тиждень. Який ступінь недоношеності у дитини?

- А. пізній викидень;
- В. I ступінь;
- С. II ступінь;
- Д. III ступінь;
- Е. IV ступінь.

9. Для визначення гестаційного віку дитини використовують:

- А. шкалу Дементьєвой;
- В. шкалу Апгар;
- С. шкалу Баларда;
- Д. шкалу Сільвермана;
- Е. шкалу Полачека.

10. Дітей, які народилися до 33 тижня гестації годують:

- А. через соску;
- В. через зонд;
- С. чайною ложкою;
- Д. грудьми матері;
- Е. шприцем.

9.1.3 Навчальні завдання для самостійної роботи

САМОСТІЙНА РОБОТА

1. Організація роботи відділення недоношених дітей.

9.1.4 Оцінювання

- ☐ Оцінка правильності виконання практичних навичок.
- ☐ Перевірка викладачем якості виконання тестів, практичних завдань