

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

Розглянуто та затверджено
ЦМК з педіатричних
дисциплін

Голова ЦМК
професор Починок Т.В.

протокол № _____

“ _____ ” _____ 2020

“Затверджено”
на методичній нараді
кафедри педіатрії
медичного факультету №1

Завідувач кафедри
педіатрії №1
професор В.С.Березенко

“ _____ ” _____ 2020

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ

Навчальна дисципліна	Догляд за хворими
Модуль	3
Змістовний модуль	1
Тема заняття № 2	Приймальне відділення дитячої лікарні. Госпіталізація, санітарна обробка та транспортування хворих дітей. Організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму. Особиста гігієна медперсоналу.
Курс	2
Факультет	Медичний №1

1. Конкретні цілі:

- знати функції приймального відділення дитячої лікарні
 - знати особливості прийому дітей в педіатричній стаціонар
 - знати особливості проведення санітарно-гігієнічної обробки хворої дитини
 - знати особливості транспортування хворих дітей
 - знати про лікувально-охоронний та санітарно-гігієнічний режими дитячої лікарні.
 - демонструвати володіння навичками дотримання санітарно - гігієнічного та протиепідемічного режиму в педіатричному стаціонарі;
 - демонструвати навички дотримання особистої гігієни медперсоналу.
2. Базовий рівень підготовки.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Медична біологія	Верифікувати збудника педикульозу, корости. Знати види вошів, механізми передачі педикульозу, фактори, які сприяють їх виникненню.
2. Основи педагогіки. Основи психології	Застосувати знання про психологічне навантаження батьків хворої дитини. Вміти спілкуватися з ними.
3. Медична фізика	Порівняти різні види фізичних методів стерилізації.
4. Медична хімія	Розраховувати необхідну концентрацію дезінфікуючих засобів.

3. Організація змісту навчального матеріалу

1. Структура педіатричного стаціонару. Основні відділення та допоміжні підрозділи педіатричного стаціонару.
2. Функції приймального відділення лікарні у прийомі і направлення хворих до педіатричних відділень.
3. Поняття про лікувально-охоронний та санітарно-гігієнічний режими, особливості їх застосування у дитячій лікарні.
4. Санітарно-гігієнічний режим приймального відділення, санітарно-гігієнічна обробка хворої дитини. Огляд дитини на педикульоз та коросту. Обробка дитини при виявленні педикульозу або корости.
5. Дезінфекція та стерилізація предметів догляду за дітьми (обробка мензурок, горщиків, іграшок, пляшечок, сосок, термометрів, сповивальних столів після користування ними).

Зміст теми:

Педіатричний стаціонар (дитяча лікарня) — лікувально-профілактичний заклад, де проводять кваліфіковане лікування дітей віком від народження до 18 років, які за станом здоров'я повинні бути під постійним спостереженням лікаря.

Дитяча лікарня включає: приймальне та лікувальні відділення, діагностичне відділення або відповідні кабінети і лабораторії, патологоанатомічне відділення, а також допоміжні підрозділи: адміністративно-господарська частина, аптека, харчоблок, організаційно-методичний відділ з кабінетом обліку і медичної статистики (або кабінет медичної статистики), медичний архів.

Хвора дитина, яку госпіталізують до стаціонару, спочатку проходить через **приймальне відділення**, до якого входять вестибюль, оглядова кімната, санпропускник та ізоляційні бокси для огляду дітей, у яких підозрюють інфекційні хвороби, кабінет лікаря, процедурна кімната, кімнати для медперсоналу, санвузол.

Приймання хворих є дуже відповідальною ділянкою роботою лікарні. Тут складається перше враження хворого про заклад, покликаний вилікувати його. Даний момент має велике значення для психологічного настрою пацієнта та успіху лікування. Таким чином, можна сказати, що приймальне відділення є дзеркалом лікарні.

Належний рівень медичної допомоги у стаціонарі багато в чому залежить від роботи приймального відділення, яке є структурним підрозділом дитячої лікарні.

Основні функції приймального відділення:

- прийом хворих дітей;
- госпіталізація дітей у відділення відповідного профілю;
- надання (за необхідності) невідкладної допомоги;

- організація заходів запобігання виникненню інфекційних захворювань у лікарні; • оформлення і належне ведення медичної документації.

У приймальному відділенні мають бути організаційно-функціональна структура і кількість відповідних приміщень, яка відповідає профілю і потужності стаціонару. Дуже важливо, щоб персонал приймального відділення завжди уважно ставився до хворої дитини, враховував стан дитини, хвилювання батьків, терпляче вислуховував скарги як самої дитини, так і осіб, що її супроводжують.

Робота приймального відділення ведеться у певній послідовності:

1. Реєстрація дитини, яку доставили до стаціонару, в журналі госпіталізації, заповнення титульної сторінки медичної карти стаціонарного хворого.

2. Огляд лікаря, який фіксує дані анамнезу та об'єктивного обстеження дитини в історію хвороби.

3. Первинна діагностика захворювання і надання необхідної медичної допомоги.

4. Вимірювання температури тіла та антропометрія (визначення зросту, маси тіла, обводу голови та грудної клітки).

5. Огляд дитини на педикульоз і коросту. Проведення необхідної санітарної обробки, спосіб якої призначає лікар.

6. Транспортування хворої дитини у відділення відповідного профілю.

Документація, що її заповнюють у приймальному відділенні дитячої лікарні

- Журнал реєстрації хворих, яких доставлено до стаціонару, та відмови від госпіталізації — облікові форми 001/о, 001—І/о.

- Медична карта стаціонарного хворого — облікова форма 003/о.

- Статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару, — облікова форма № 066/о.

- Листок лікарських призначень — облікова форма 003—4/о.

- Температурний листок — облікова форма 004/о.

- Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення — облікова форма 058/о.

- Журнал обліку інфекційних захворювань — облікова форма 060/о.

Санітарно-гігієнічний режим приймального відділення. Госпіталізація, санітарно-гігієнічна обробка і транспортування хворих дітей

Режим роботи педіатричного стаціонару передбачає виконання необхідних санітарно-гігієнічних вимог і проведення дезінфекційних заходів.

Виконання санітарно-гігієнічного режиму починається з приймального відділення. Оглядова кімната і ванна кімната приймального відділення повинні утримуватися в бездоганній чистоті. Після того, як дитину оглянули, проводять обробку предметів (шпатель, термометри) і меблів (кушетки, стільці та ін.), яких торкався хворий. Клейончасту подушку і клейонки на кушетці після кожного хворого обробляють 0,2 % розчином хлорантоїну або іншим дезінфекційним засобом. Простирадла на кушетці також слід перемінювати після кожного хворого.

Після огляду дитини лікар приймального відділення за потреби призначає їй гігієнічну ванну або душ. Якщо стан дитини вкрай тяжкий або дитина непритомна, їй одразу надають невідкладну допомогу і доставляють у реанімаційне відділення.

Госпіталізація хворих дітей. Хворих дітей доставляють до стаціонару за направленням дільничних лікарів поліклінік, лікарів швидкої допомоги, лікарів-консультантів спеціалізованих клінік тощо. У разі виникнення тяжкого або невідкладного стану дитину можуть доставити батьки без направлення (самозвернення).

Показання до стаціонарного лікування, а також профіль дитячого стаціонару визначає лікар, який направляє дитину до стаціонару, проте в разі появи нових симптомів або погіршення стану дитини під час огляду у приймальному відділенні — визначає лікар приймального відділення. Дітей раннього віку госпіталізують з одним із батьків. Під час госпіталізації необхідно дотримуватися поетапного заповнення палат, що передбачає відсутність контактування з дітьми, які вже на стадії одужання.

Якщо в дитини інфекційне захворювання (кір, скарлатина, кашлюк, вітряна віспа, кишкові інфекції та ін.), її госпіталізують в інфекційну лікарню.

Дітей з неінфекційною патологією (уроджені вади розвитку, гіпотрофія, рахіт, хронічні захворювання серця, травного тракту, нирок, порушення обміну та ін.) госпіталізують у профільні соматичні відділення.

Якщо потрібно надати допомогу дитині з гострою хірургічною патологією або для проведення планової операції, її госпіталізують у дитяче хірургічне відділення багатопрофільної лікарні або спеціалізоване відділення: кардіохірургічне, урологічне, торакальної хірургії тощо.

Санітарно-гігієнічну обробку хворої дитини в приймальному відділенні проводять з урахуванням тяжкості її стану. Якщо дитині потрібно надати невідкладну допомогу, це роблять після поліпшення її стану.

У санпропускнику приймального відділення є оглядова кімната, в якій дитину готують до приймання гігієнічної ванни. Перед цим ванну ретельно миють.

Мити хвору дитину потрібно в певній послідовності: спочатку голову, потім тулуб і нижні кінцівки. Особливо ретельно миють місця, де зазвичай накопичуються піт та виділення, що призводить до попрілостей (пахова ділянка, промежина). Якщо за станом здоров'я ванна протипоказана хворому, призначають душ або інші гігієнічні заходи відповідно до її стану (підмивання, миття природних складок шкіри, забруднених ділянок тощо). Після кожної хворої дитини ванну миють мочалкою і обробляють дезінфекційним розчином.

Огляд на педикульоз. Педикульоз (вошивість) передається під час безпосереднього контакту з хворим та у разі користування його одягом і предметами особистої гігієни. Виникнення педикульозу спричиняють: неохайність, порушення санітарно-гігієнічних правил, велика скупченість людей (вокзали і т. ін.), незадовільна організація санітарно-освітньої роботи.

Після госпіталізації медична сестра приймального відділення повинна оглянути голову дитини на наявність педикульозу.

При проведенні оглядів на педикульоз реєстрацію людей, у яких він виявлений, здійснюють у журналі обліку та реєстрації інфекційних захворювань (ф.060у). Обліку підлягають особи, у яких при огляді вперше виявлені як життєздатні, так і нежиттєздатні воші в той же день з подальшим направленням екстреного повідомлення — (ф.058) у відповідному порядку.

У разі виявлення вошей та гнид проводять спеціальну санітарну обробку: не роздягаючи хворого, обробляють волосся одним з інсектицидних розчинів:

- 20 % водно-мильна суспензія бензилбензоату (10—30 мл);
- 10—20 % мазь бензилбензоату;
- лосьйон "Нітифор";
- крем-шампунь "Нок" (1 % розчин перметрину);
- емульсія або шампунь "Педилін" (0,5 % розчин малатіону);
- аерозоль "Пара плюс" — комбінований препарат, який містить малатіон, пер-метрин, піперонілу бутоксид;
- шампунь "Рід" (0,5 % розчин малатіону);
- шампунь "Анти-біт" (0,5 % розчин малатіону);
- пінистий лосьйон або аерозоль "Ітакс" (3 % розчин фенотрину);
- шампунь "Нікс" (3 % розчин перметрину);

Термін експозиції становить 10—30 хв залежно від обраного засобу (згідно з інструкцією до застосування). Після обробки спеціальним засобом голову дитині миють гарячою водою звичайним шампунем. Волосся розчісують густим гребінцем. Процедуру повторюють через 7—10 днів. Виявлення педикульозу фіксують в історії хвороби, а інформацію передають у районну СЕС.

Якщо педикульозом заражений одяг, його кип'ятять у 2 % розчині кальцинованої соди протягом 15 хв, після чого в окремому мішку відправляють на дезінфекцію — прожарювання в спеціальних камерах.

Перелік протипедикульозних засобів з вказівками щодо їх виготовлення і застосування.

1. Карбофос — застосування у вигляді 0,15 % водної емульсії. Для виготовлення 1 л 0,15 % емульсії беруть 3 мл 50 % емульгуючого концентрату карбофосу і розводять його в 1 л води кімнатної температури. Препарат діє на всіх стадіях розвитку вошей. Застосовується

виключно медичними працівниками. Норма використання на обробку 10—50 мл, експозиція — 30 хв.

2. Бензилбензоат — застосовується у вигляді 20 % водно-мильної суспензії або 20 % емульсії. Для виготовлення 100 мл 20 % водно-мильної суспензії бензилбензоату беруть 2 г мила (зеленого або господарського подрібненого), розводять в 78 мл теплої води, потім додають 20 мл бензилбензоату, ретельно змішують. Отриману суспензію наносять на волосся. Використовується медичними працівниками через аптечну мережу, реалізується за рецептами. Норма використання на 1 обробку 10—30 мл, експозиція — 30 хв.

3. Водно-мильно-гасова емульсія — застосовується у вигляді 10 % емульсії. Для її виготовлення до 50 г рідкого мила (або твердого попередньо розтопленого на водяній бані) при постійному перемішуванні додається невеликими порціями 450 г гасу (можна хлорованого). Отриманий концентрат у кількості 100 г розчиняється в 900 мл теплої води. Норма використання на 1 обробку — 10—50 мл, експозиція — 30 хв, 1 год.

4. Мильно-сольвентова емульсія — використовується у вигляді 50 % емульсії, яка готується з рівних частин мильно-сольвентової пасти і води (50—60 %), при змішуванні яких утворюється однорідна маса.

Необхідно проводити повторну обробку через 7—10 днів. Норма використання на 1 обробку 30—50 мл, експозиція — 30 хв.

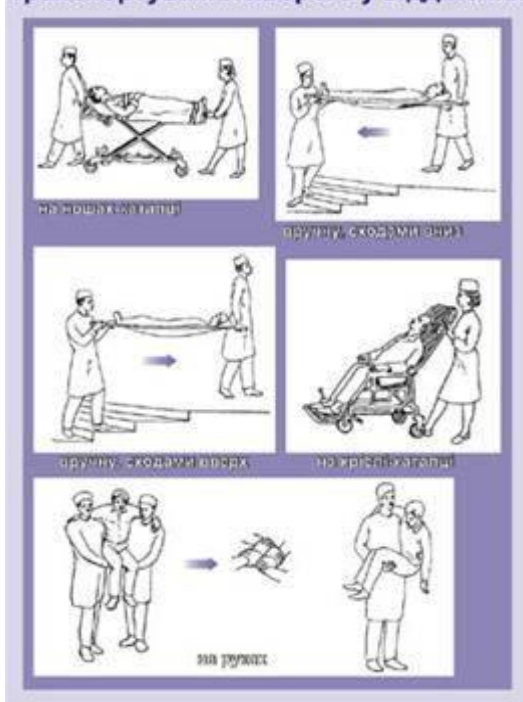
5. Лосьйон "Ниттифор" — препарат фабричного виготовлення, норма використання на 1 обробку 30—50 мл, експозиція — 30 хв.

Спосіб застосування усіх вищезгаданих препаратів полягає в наступному — на волосся наносять необхідну кількість препарату (в залежності від густоти та довжини волосся), зав'язують голову поліетиленовою хусткою і рушником, витримують відповідний час згідно з інструкцією, промивають проточною водою з милом або шампунем. Після цього на волосся наносять теплий 5—10% столовий оцет або оцтову кислоту, зав'язують поліетиленовою хусткою і рушником, витримують 30 хв, полощуть у проточній воді, після чого вичісують густим гребінцем загиблих вошей та їхні яйця — гниди.

Під час огляду на коросту звертають увагу на ділянки тіла, найбільш схильні до ураження: кисті рук, нижня частина живота, внутрішня поверхня стегон. У дітей трапляються нетипові локалізації коростяного кліща. У разі виявлення корости проводять санітарну обробку спеціальними засобами за інструкцією:

- аерозоль "Спрегаль" (есдепалетрин і піперонілу бутоксид);
- аерозоль "Спрей-пакс" (екстракт піретруму і піперонілу бутоксиду);
- лосьйон або аерозоль "Ітакс" (3 % розчин фенотрину);
- шампунь "Нікс" (3 % розчин перметрину);
- 20 % суспензія водно-мильна бензилбензоату (10—30 мл);
- 10—20 % мазь бензилбензоату.

Транспортування хворого у відділення



Транспортування хворих дітей.

Із приймального відділення хворих дітей транспортують у відділення враховуючи їхній загальний стан. Транспортування у відділення здійснюють:

- а) пішки, у супроводі медпрацівника;
- б) у кріслі-каталці;
- в) на ношах;
- г) на руках у батьків або медперсоналу.

Питання про вид транспортування вирішує лікар залежно від стану хворої дитини. Якщо стан задовільний, дитину старшого віку у відділення супроводжує медичний працівник пішки. Деяких хворих доцільно доставити у відділення в кріслі-каталці. Тяжкохворих транспортують на ношах, застелених чистим простирадлом і ковдрою (залежно від пори року) та встановлених на спеціальну каталку.

У палаті дитину, яка в тяжкому стані, перекладають з носилок на ліжко. Якщо дитину старшого віку переносить одна людина, то треба підвести одну руку під лопатки, а другу — під стегна;

при цьому бажано, щоб дитина охопила за шию того, хто її несе. Якщо хвору дитину переносять 2 людини, то одна з них підводить руки під лопатки дитини ближче до шиї і під поперек, друга — під сідниці та гомілки. Для перенесення різко ослаблених і тяжкохворих потрібна третя людина: перша тримає голову і груди, друга — поперек і стегна, третя — гомілки.

Поняття про лікувально-охоронний, санітарно-гігієнічний режими, особливості їх застосування у дитячій лікарні

У кожному дитячому лікувальному закладі запроваджено внутрішньолікарняний режим — це визначений порядок, який встановлено у цьому закладі.

Однією з найважливіших умов лікувально-охоронного режиму є щадіння психіки хворої дитини та її матері, яка доглядає її, створення сприятливих умов, що забезпечують хворим максимальний фізичний та психологічний спокій. Найважливішим для цього є встановлення найраціональнішого режиму (розпорядку) дня відповідно до віку хворих дітей і профілю відділення, який передбачає передусім усунування несприятливих зовнішніх впливів навколишнього середовища (голосні розмови, шум, грюкання дверима та ін.). Зміну персоналу, прибирання приміщень, вимірювання температури тіла проводять після того, як хворі прокинуться і не раніше 7-ї години ранку.

Важливо усувати негативні емоції, що можуть виникнути у хворих у зв'язку зі спогляданням предметів медичного догляду (закривавлена білизна, шприци та скальпелі, ємкості, наповнені брудними ватою та бинтами).

Велике значення має організація дозвілля хворих: розміщення стендів для книг, пам'яток щодо раціонального вигодовування, пропаганди здорового способу життя, з якими можуть ознайомлюватися батьки або ті, хто доглядає хворих дітей, та діти старшого віку. Для дітей, котрі одужують, у стаціонарі має бути ігрова кімната. Прогулянки на свіжому повітрі, особливо влітку, також є складовою лікувального процесу.

Для забезпечення санітарно-гігієнічного режиму не рідше двох разів на день у всіх відділеннях дитячої лікарні проводять загальне вологе прибирання із використанням дезінфекційних засобів. Під час прибирання спочатку протирають тумбочки, ліжка, ручки дверей та ін., потім миють підлогу. Інвентар для прибирання має бути промаркованим і зберігатися в окремій кімнаті.

Санітарно-гігієнічними нормами педіатричного відділення стаціонару передбачено виділення кожній хворій дитині ліжка, застеленого чистою білизною, приліжкової тумбочки для зберігання особистих речей. За необхідності дитині видають горщик, підкладне судно, предмети індивідуального користування (поїльник, чашку, одяг). У хворих мають бути із собою предмети особистої гігієни.

Не рідше одного разу на 7—10 днів (за потреби частіше) хворій дитині проводять гігієнічну ванну з повною переміною натільної і постільної білизни, щодня здійснюють туалет; перед споживанням їжі дитина обов'язково миє руки. Для тяжко хворих дітей умивання організовують біля ліжка.

Важливим моментом є провітрювання палат не менше ніж 4 рази на день незалежно від пори року, а також кварцування їх згідно з графіком, який складають безпосередньо у відділенні. Під час проведення цих заходів дітей виводять (вивозять) в інші приміщення (коридор, їдальню, ігрову кімнату). В інфекційному відділенні ці заходи мають проводити суворо відповідно до вимог санітарно-гігієнічних норм, згідно з якими можливість інфікування інших хворих виключена.

Температура повітря в палаті та приміщеннях, де перебуває хвора дитина старшого віку, повинна становити 20—22 °С; у палаті для немовлят — 23—24 °С, для новонароджених оптимальною (безпечною) вважається температура 25—28 °С. У разі зниження температури в палатах їх додатково потрібно обігрівати зі збереженням необхідної вологості. Вища температура повітря небажана, оскільки можливе перегрівання дитини.

Освітлення палат може бути природним або штучним, останнє має становити 75—100 люкс; рівень шуму не повинен перевищувати 50 дБ.

У палатах для грудних дітей мають бути спеціальні дитячі ліжка з відкидними спинками, які фіксуються на різній висоті; приліжкові тумбочки, сповивальний стіл, шафи для білизни, ванночки для купання дитини, бачки для замочування брудної білизни, санвузол. Набір іграшок — індивідуальний, відповідно до віку дитини. Іграшки повинні легко митися. Особливу увагу приділяють збиранню брудної білизни, стерилізації сосок та пляшок для

дитячого харчування. Кип'ятіння сосок, миття пляшечок — трудомісткий процес і повинен ретельно виконуватись. Цю роботу виконує спеціально виділена для цього молодша медична сестра, яка одночасно може займатися роздачею їжі.

У дитячих стаціонарах необхідно запобігати поширенню інфекційних хвороб та виникненню реінфекцій серед дітей. Цьому сприяє приймання хворих з довідками про епідемічне оточення, наявність боксів, поетапне заповнення палат, дотримання протиепідемічного режиму у відділенні та в лікарні у цілому.

Протиепідемічний режим у стаціонарі передбачає:

- суворе дотримання правил прийому на роботу персоналу;
- забезпечення своєчасного проходження обов'язкових профілактичних медичних оглядів;
- виконання правил особистої гігієни з боку персоналу та пацієнтів;
- достатню кількість мийних і дезінфекційних засобів, спецодягу, інвентарю для прибирання та проведення дезінфекції у відділенні;
- суворе виконання молодшим персоналом вимог до прибирання і зберігання інвентарю для прибирання.

В діяльності дитячої лікарні особливе значення надається підтримці порядку, чистоті в роботі медичного персоналу. Молодшийсестринський, сестринський і лікарський персонал повинен дотримувати правила санітарно-протиепідемічного режиму, щопередбачає організацію і проведення необхідних санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів. В стаціонарі концентруються хворі і ослаблені діти, тому найсерйозніша увага повинна приділятися профілактиці внутрішньолікарняних(нозокоміальних) інфекцій. Для забезпечення санітарно-протиепідемічного благополуччя в дитячій лікарні необхідно дотримуватися існуючих санітарних правил: дотримання принципу ізоляції окремих груп дітей при заповненні відділень (палат, боксів і т. д.), використовувати наявні приміщення за призначенням, створювати оптимальний повітряно-тепловий потік в приміщеннях, суворо дотримуватися правил роботи харчоблоку; дотримувати правила прийому на роботу персоналу і забезпечувати своєчасне проходження обов'язкових профілактичних медичних оглядів; дітям і персоналу дотримувати правила особистої гігієни, мати засоби для проведення дезінфекційних заходів (достатня кількість спецодягу, прибирального інвентаря, м'яких і дезінфікуючих засобів); здійснювати інженерно-технічний і санітарний благоустрій установи і ділянок землі, що їй належать.

Санітарно-гігієнічні норми передбачають виділення кожній дитині ліжка, застеленого чистою білизною, приліжкової тумбочки для зберігання особистих речей. При необхідності дитині видають горщик, підкладне судно, предмети індивідуального догляду (поїльник, кухоль), одяг. У відділення хворий бере із собою предмети особистої гігієни.

На індивідуальні столики або тумбочки, що знаходяться поряд з ліжками, ставлять стакан; в их зберігають туалетні речі (зубна щітка, паста, мило, гребінець) і деякі особисті речі (папір, олівці, ручки, книги, іграшки). Категорично забороняється зберігати в тумбочках продукти харчування. Для зберігання продуктів харчування в буфетній або їдальні повинен бути холодильник.

Кожному хворому не рідше 1 разу на 7—10 днів (при необхідності) проводиться гігієнічна ванна з повною зміною натільної і постільної білизни. Щодня здійснюється туалет дитини. Перед кожним прийманням їжі хворі обов'язково мють руки. Для тяжких і лежачих хворих умивання організують біля ліжка.

У відділенні необхідно суворо дотримувати санітарний режим. Провітрювати палати слід не рідше 4 раз на день, краще в період, коли діти знаходяться у їдальні. При провітрюванні приміщення в інший час і при кварцеванні палат дітей виводять в коридор або ігрову кімнату. Для раннього виявлення інфекційних хвороб дітей оглядають щодня. Ретельно оглядають шкірні покриви і видимі слизові оболонки, ведуть ретельний облік всіх дітей з підвищеною температурою тіла; при необхідності проводять бактеріологічні і бактеріоскопічні дослідження крові, калу.

Важливе значення в дотриманні протиепідемічного режиму в лікарні мають правильна організація харчування дітей, приготування їжі, її транспортування і роздача.

Одним з суттєвих чинників в дотриманні протиепідемічного режиму в дитячій лікарні є особиста гігієна медичного персоналу. До роботи в дитячій лікувально-профілактичній установі допускаються тільки здорові особи, які пройшли медичне обстеження.

Медичний працівник повинен мати акуратний і охайний зовнішній вигляд. Медична сестра перед чергуванням приймає душ, надягає чисту білизну. Руки треба мити з милом, а нігті коротко стригти. Одяг повинен бути встановленої форми; білий халат, надітий на плаття з короткими рукавами, і шапочка (хустинка), що закриває волосся, повинні бути чистими і вигладженими. На час чергування сестра взуває спеціальне взуття, що дозволяє безшумно пересуватися. Тапочки повинні легко піддаватися дезінфекції. Халат, головний убір і тапочки після закінчення чергування (зміни) залишають в спеціально відведеній для медичного працівника шафі.

В окремих випадках обов'язковим для медичних працівників є носіння маски, яка повинна закривати рот і ніс. Обов'язково носіння маски для персоналу відділення новонароджених, дітей грудного віку, інфекційних палат і боксів, процедурного кабінету, а також в період епідемій. Маски звичайно виготовлені з марлі, складеної в 4 шари, оскільки більш тонкі пропускають мікроорганізми. Тривале використання маски знижує ефективність її дії як фільтру для мікроорганізмів. Тому кожні 4 ч маску треба змінювати. Використані маски кладуть в окремий посуд, кип'ятять і пропрасовують гарячою праскою. Останніми роками стали використовувати одноразові стерильні маски з нетканинного текстилю.

Для більшості дитячих інфекцій характерним є підвищення температури, поява висипу. Якщо ставлять діагноз інфекційного захворювання або є підозра на інфекційне захворювання, то хворого негайно ізолюють в бокс або направляють в інфекційну лікарню.

Основні санітарно-епідеміологічні накази, які регламентують роботу лікувально-профілактичних закладів:

- ГОСТ 4221-285 «Стерилізація та дезінфекція виробів медичного призначення. Методи, засоби та режими дезінфекції, передстерилізаційна обробка (етапи), стерилізація (методи, режими, засоби).»

- Наказ № 288 «Про санітарно-епідеміологічний режим лікувально-профілактичного закладу».

- Наказ № 408 «Про заходи по зниженню захворюваності вірусним гепатитом та профілактиці СНІДу».

-Наказ № 450 «Про заходи щодо попередження захворюваності дифтерією, його профілактика»

-Наказ № 720 «Про посилення медичної допомоги хворим з гнійно-септичними захворюваннями та посилення боротьби з внутрішньолікарняною інфекцією».

Наказ № 288 «Про санітарно-епідеміологічний режим лікувально-профілактичного закладу».

II . Санітарно - гігієнічний режим у приймальному відділенні

-Лікар оглядає всіх дітей приймального відділення для своєчасного виявлення підозрілих на інфекційне захворювання хворих, їх негайної ізоляції та переведення у відповідні інфекційні лікарні (відділення).

- З цією метою у хворих оглядають шкірні покриви, слизову ротоглотки, вимірюють температуру. Дерев'яні шпателі після одноразового користування знищують, а металеві кип'ятять протягом 15 хвилин. Термометри цілком поміщають у посудину з дезінфікуючим розчином.

-Огляд хворого проводять на кушетці, покритій клейонкою; після прийому кожного хворого клейонку протирають гначіркою, змоченою дезрозчином.

-У разі виявлення хворого з підозрою на інфекційне захворювання, меблі і предмети, з якими стикався хворий, а також приміщення, де він перебував, піддають знезараженню.

-При огляді хворого в приймальному відділенні необхідно звертати увагу на наявність у нього педикульозу. У разі виявлення педикульозу хворий, приміщення і предмети, з якими контактував хворий, підлягають спеціальній дезінсекційній обробці. Про кожного хворого, у якого був виявлений педикульоз, повідомляють у санепідстанцію за місцем проживання хворого; роблять відповідну позначку в історії хвороби.

-Хворий в приймальному відділенні проходить повну санітарну обробку: приймає душ або ванну (за вказівкою лікаря); стриже нігті і т. д. Для миття хворий отримує знезаражену мочалку .

-Санітарна обробка проводиться у спеціально відведеному приміщенні , в якому обов'язково повинна дотримуватися пропускна система, що виключає зустрічні потоки хворих.

-Після проходження санітарної обробки хворий отримує чисту лікарняну білизну, халат (піжаму) , тапочки.

Примітка. З дозволу головного лікаря лікувального закладу, хворому дозволяється користуватися власною білизною, зміна якої повинна проводитися строго за графіком установи.

- Перевезення інфекційних хворих з приймального спокою в відділення здійснюють на спеціально виділеній каталці.

- Одяг і взуття хворого складають у індивідуальний мішок. Мішки зберігають на стелажах у спеціально виділеному приміщенні.

-Приймальне відділення забезпечують достатньою кількістю :

а) банного мила;

б) мочалками індивідуального користування , кількість яких визначається пропускною здатністю лікувального закладу на добу ;

в) посудом для роздільного зберігання чистих і використаних мочалок . На посуді для мочалок повинні бути відповідні написи "чисті" , "колишні у вживанні " ;

г) машинкою для стрижки волосся, "небезпечною" бритвою або безпечним приладдям для гоління, густим гребінцем ;

д) кусачками або ножицями для нігтів;

е) ватою, пінцетами, денатурований спирт ;

ж) наконечниками для клізм і посудом для їх знезараження і зберігання в чистому вигляді з відповідним маркуванням ;

з) відрами з щільно закриваються кришками, деком з оцинкованого заліза ;

і) миючими, дезінфікуючими та дезінсекційними засобами.

- Після кожного використання мочалки для миття хворих , ванни , машинки для стрижки волосся, гребені, бритви і бритвені прилади, кусачки і ножиці для нігтів, пінцети, наконечники для клізм, плювальниці, підкладні судна і сечоприймачі знезаражують по режимах.

-Для миття рук використовують господарське мило (2- кратне намилювання) у дрібній розфасовці (на одноразове користування). Після огляду хворого з інфекційним захворюванням або підозрою на нього руки знезаражують протягом 2 -х хвилин 0,2 % розчином хлораміну або 0,1 % розчином "дезоксон -1".

-Носіння медичним персоналом шапочок, які повністю закривають волосся, є обов'язковим.

-Прибирання приймального відділення здійснюють не рідше 2 разів на день вологим способом із застосуванням дезінфікуючих засобів. Прибиральний інвентар приймального відділення маркують. У вбиральні зберігають відро і ганчірку, призначені для миття підлог тільки у вбиральні. Для миття дверей, віконних рам, підвіконь і т. п. повинні бути окремі ганчірки , що зберігаються в іншому місці. Використання цього інвентарю для інших цілей категорично забороняється. Після використання збиральний матеріал знезаражують.

III . Санітарно - гігієнічний режим у відділеннях

-Перед надходженням хворого в палату ліжко, тумбочки, підставку для підкладного судна протирають ганчір'ям, змоченим дезінфікуючим розчином. Ліжко застеляють постільними речами, які пройшли камерну обробку по режиму для вегетативних форм.

-Хворому виділяють індивідуальні предмети догляду : плювальницю , поїльник , кухоль або склянку, підкладне судно і т.д. , які після використання ретельно миють. Після виписки хворого предмети індивідуального догляду піддають знезараженню.

-При надходженні до лікарні хворому надається право взяти в палату предмети особистої гігієни.

-Хворих з педикульозом, первинно оброблених у приймальному покої, беруть під особливий нагляд і піддають повторній обробці у відділенні до повної відсутності вошей.

-Кожен хворий приймає у відділенні гігієнічну ванну не рідше одного разу на 7 - 10 днів (якщо немає до цього медичних протипоказань).

-Зміну натільної і постільної білизни виробляють не рідше одного разу на 7 - 10 днів (після проходження ванни і, крім того , білизну міняють щоразу у разі забруднення) .

-При зміні натільної і постільної білизни його акуратно збирають у мішки з бавовняної тканини або в ємності з кришкою. Забороняється скидати бивше у вжитку білизну на підлогу в

відкриті приймачі. Сортування та розбирання брудної білизни виробляють у спеціально виділеному приміщенні.

-Після зміни білизни, підлога і предмети в палаті протирають дрантям, змоченим в дезрозчині.

-Щодня вранці і ввечері перед сном хворі повинні вмиватися . Перед кожним прийомом їжі хворі обов'язково миють руки. Для важких і лежачих хворих умивання організують біля ліжка хворого. Важким хворим щодня забезпечують догляд за порожниною рота.

-Хворим забороняється користуватися для сидіння ліжками сусідніх хворих; відвідувачам не дозволяють сидіти на ліжках хворих, палати повинні бути забезпечені табуретами, стільцями.

-Провітрювання палат виробляють не рідше чотирьох разів на день.

-Встановлений для лікарні післяобідню годину повинен суворо дотримуватися всіма хворими і не порушуватися персоналом лікарні (відділення).

-У відділеннях лікарень необхідно суворо дотримуватися охоронний режим і розпорядок дня: неприпустимі гучні розмови хворих і персоналу , прибирання приміщень в ранкові та пізні вечірні години.

-Вихід хворих в інші відділення забороняється.

-Одяг перед передачею її від хворого до іншого хворого піддають камерній обробці.

-Виписку хворих роблять в окремому приміщенні.

-Тапочки і інше взуття, протирають тампоном, змоченим 25% розчином формаліну або 40 % розчином оцтової кислоти або обробляють вмістом аерозольного балона " Чобіток -74" до повного зволоження внутрішньої поверхні. Потім взуття упаковують в поліетиленовий пакет на 3 години , після чого виймають і провітрюють протягом 10 - 12 годин до зникнення запаху препарату.

-Хірургічну дезінфекцію рук, підготовку операційного поля , підготовку хірургічних інструментів до оперативних втручань , стерилізацію хірургічного інструментарію, гумових рукавичок, перев'язувального матеріалу та хірургічного білизни здійснюють відповідно до вимог " Тимчасових методичних рекомендацій з організації та проведення комплексу санітарно -гігієнічних заходів у відділеннях , лікарнях , клініках та інститутах хірургічного профілю "№ 1142-73 .

-У відділеннях дотримуються зразковий порядок і чистоту. Збирання проводять не рідше 2 -х разів на день вологим способом , із застосуванням дезінфікуючих засобів.

- Інвентар (відра , ганчірки , щітки та ін) маркують і застосовують окремо для вбиралень , палат , ванних і інших приміщень відділення.

-Маркований збиральний інвентар зберігають у строго встановлених місцях і використовують тільки за прямим призначенням. Використання даного інвентарю для інших цілей або для прибирання інших приміщень забороняється . Після використання збиральний матеріал знезаражують замочуванням на 60 хвилин в 1 % розчині хлораміну чи 0,5 % освітленому розчині хлорного вапна.

-Медичні огляди та обстеження персоналу відділень проводять відповідно до діючої Інструкції про обов'язкові медичні огляди .

-При появі внутрішньолікарняних інфекцій у госпіталізованих осіб проводиться позачерговий медичний огляд всього персоналу.

Виявлення хворих , підозрілих на інфекційні захворювання:

у всіх лікарнях забезпечується проведення заходів щодо виявлення інфекційних хворих , для чого слід ввести строгий облік всіх лихоманить хворих , у яких період підвищення температури (37,5°C. і вище) триває 5 днів і більше; брати кров для проведення бактеріологічних досліджень (тифопаратифозних, рикетсіозні та ін інфекції).

-При захворюваннях з триваючими періодичними підйомами температури , незважаючи на проведене відповідно до встановленим діагнозом лікування ;

- При будь-якому захворюванні , що супроводжується підвищенням температури , з невстановленим протягом перших п'яти днів діагнозом ;

- При підвищенні температури, що розвивалася протягом найближчих трьох місяців після переливання крові ;

- При будь-якому захворюванні супроводжується підвищенням температури в осіб, які мають в анамнезі захворювання на малярію протягом останніх двох років ;

- При збільшенні печінки і (або) селезінки, анемії неясної етіології.

При виявленні хворих з наявністю дисфункції кишечника забезпечити бактеріологічне обстеження для встановлення природи захворювань.

Зазначеним хворим з підозрою на гострі кишкові захворювання забороняється користування загальною вбиральні; останні забезпечуються індивідуальними суднами. Дотримується необхідний режим і проводяться деззаходи. При виявленні хворого, підозрілого на інфекційне захворювання, слід негайно ізолювати його в окрему палату або ізолятор до переведення в інфекційну лікарню (відділення).

У палаті (відділенні), де виявлений такий хворий, проводяться необхідні протиепідемічні заходи з дезінфекцією приміщення та інвентарю.

Встановити спостереження за контактними на час інкубаційного періоду та при виписці з лікарні, про контактну повідомити в СЕС за місцем проживання хворого.

Перед госпіталізацією дитини в стаціонар необхідно з'ясувати, чи мала вона контакт з інфекційними хворими вдома або школі (дитячому садку) за останні 3 тижні (максимальна тривалість інкубаційного періоду більшості дитячих інфекційних хвороб). Установити, чи були в неї розлади кишківника протягом останніх 3 діб. Ця інформація має бути відображена в направленні дільничного педіатра. Навіть за відсутності даних про контактування з інфекційними хворими лікар приймального відділення обов'язково оглядає дітей щодо наявності інфекційного захворювання. Якщо є підозра або діагностовано інфекційне захворювання, хвору дитину негайно ізолюють у бокс або направляють в інфекційну лікарню, а приміщення, де був хворий, предмети і меблі знезаражують (дезінфікують). Основним призначенням боксу є ізоляція хворих дітей з підозрою на інфекційне захворювання. Існують відкриті : закриті бокси. У відкритих боксах хворих розділено перегородками, встановленим між ліжками. Прикладом закритого боксу є Мельцерівський бокс. Конструкція його передбачає усунення будь-якого контактування хворої дитини з іншими дітьми протягом усього періоду лікування. Структура цього боксу така: тамбур, палата санвузол, окремий вхід для персоналу (шлюз).

Хвору дитину доставляють у бокс безпосередньо з вулиці, а при виписуванні або переведенні в іншу лікарню користуються тим же шляхом. Медичний персонал входить до шлюзу з внутрішнього коридора, щільно зачиняючи зовнішні двері, мие руки, за потреби надягає інший халат, шапочку, маску, після цього переходить приміщення, де лежить хворий. Вихід із палати — у зворотній послідовності. Для запобігання поширення інфекції стежити за тим, щоб у момент відчинення дверей між шлюзом і коридором відділення двері в палату були щільно зачиненими.

До роботи в дитячому стаціонарі допускають тільки здоровий персонал, який пройшов медичне обстеження.

4. План і організаційна структура навчального заняття з дисципліни.

№ п/п	Етапи заняття	Роз-поділ часу	Види контролю	Засоби навчання
1. 1.1. 1.2. 1.3.	Підготовчий етап Організаційні питання Формування мотивації Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)	12 хв	Письмове тестування	Методичні рекомендації для самостійної роботи студентів при підготовці до практичного заняття
2. 2.1. 2.2.	Основний етап Розбір теоретичного матеріалу Курація хворих	60 хв	Усне опитування за стандартизованим переліком питань Практичний тренінг у відробці навичок та	Таблиці, накази Медичні карти стаціонарних хворих,

			вмінь (огляд хворих дітей на педикульоз та ко-росту, участь у санітарній обробці дітей, що надходять до стаціонару, участь у транс-портуванні хворих дітей до лікувально-діагностичних відділень, участь у санітарній обробці предметів догляду за дитиною після використання)	засоби для дезінфекції, набори для огляду на педикульоз та набори для обробки хворих на педикульоз
3. 3.1. 3.2. 3.3.	Заключний етап Контроль кінцевого рівня підготовки Загальна оцінка навчальної діяльності студента Інформування студентів про тему наступного заняття	18 хв	Ситуаційні задачі	Підручники, посібники, методичні рекомендації для самостійної роботи студентів при підготовці до практичного заняття.

5. Методика організації начального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1. Підготовчий етап.

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом зняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2. Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3. Заключний етап.

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів.

Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Додатки.

Засоби для контролю:

Контрольні питання.

- 1) Які основні структурні підрозділи входять до складу дитячої лікарні;
- 2) Назвіть основні елементи протиепідемічного режиму.
- 3) В чому полягає особиста гігієна персоналу дитячого закладу?
- 4) Як проводиться санітарная обробка хворої дитини?

- 5) Який інвентар необхідно мати для проведення вологого прибирання приміщення?
- 6) Назвіть основні санітарно-епідеміологічні накази які регламентують роботу лікувально-профілактичних закладів.
- 7) Які дезінфікуючі розчини найбільш частіше використовують в дитячих закладах?
- 8) Як проводиться поточна та заключна дезінфекція?
- 9) Як обробити волосисту частину голови при педикульозі?
- 10) Які фактори сприяють розповсюдженню педикульозу?
- 11) Які існують основні засоби дезінфекції?

Практичні завдання

1. Огляд на педикульоз та коросту та санітарна обробка хворих дітей.
2. Транспортування хворих дітей у педіатричному стаціонарі.
3. Проведення обробки предметів догляду за дитиною після використання.

7. Рекомендована література.

Основна література:

1. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій: навч. посібник / О.В. Тяжка та інші. 2-е вид., випр. - К.: ВСВ «Медицина», 2014. - 152 с. + 16с. кольор. вкл.
2. Касевич Н.М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляцій на техніка. К.: ВСВ «Медицина», 2009. - 386 с.
3. Догляд за хворими: практика: Підручник для ВМНЗ ІV рівня акредитації - 3-тє вид., випр. / За ред. Ковальової О.М. - К.: ВСВ «Медицина», 2015. - 488 с.
4. Догляд за хворими і медична маніпуляцій на техніка: навч. посібник. - 2-е вид., випр. / Савка Л.С., Разінкова Л.І.-К., 2013. - 480 с.
5. Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми. В., 2006. - 868 с.
6. С.П. Винникова, И.Н. Дыгало и др. / Практические навыки и умения медсестры педиатрического профиля – Ростов-на-Дону «Феникс» 2002.

Додаткова література:

1. Пропедевтика педіатрія / В.Г. Майданик, В.Г. Бурлай, О.З. Гнатейко; за ред. В.Г. Майданика. - В.: Нова Книга, 2012. - 880 с.: іл.
2. Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. - М.: Медицина, 1999.
3. Основы медичних знань та методи лікування за Девідсоном / пер. с англ. В 2 Т. - Київ: "Кобза", 1994.