

**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 №1	Облік та правила зберігання лікарських засобів. Особливості введення лікарських засобів у дітей. Особливості організації харчування здорових дітей першого року життя та дітей різного віку. Організація харчування дітей в умовах стаціонару. Техніка проведення антропометричних вимірювань у дітей різного віку.
Курс	2
Факультет	Медичний №1

### 1. Конкретні цілі:

1. Проаналізувати техніку вигодовування немовлят грудьми, з пляшечки, з ложечки.
2. Пояснювати матерям переваги грудного вигодовування.
3. Запропонувати способи покращення органолептичних властивостей їжі в умовах стаціонару та вдома.
4. Класифікувати загальні покази для призначення дієтичних столів.
5. Оволодіти навичками та технікою проведення соматометрії: вимірювання маси, росту та обводу голови і грудної клітки дитини;
6. Аналізувати антропометричні показники дитини конкретної вікової групи;
7. Пояснювати закономірності наростання антропометричних параметрів з віком;
8. Ознайомитись з основними антропометричними методами визначення фізичного розвитку дітей різного віку.

### 2. Базовий рівень підготовки.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Неорганічна хімія	Розраховувати необхідну кількість речовини та розчинника для приготування розчинів різної концентрації
2. Нормальна анатомія	Застосовувати знання про будову органів травлення
3. Нормальна фізіологія	Порівнювати особливості секреторного процесу дорослих і дітей
4. Біохімія	Описувати склад грудного та коров'ячого молока

### 3. Організація змісту навчального матеріалу

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

- Лікар записує призначення до листка призначень.
- Щодня палатна медична сестра складає заявки на необхідні лікарські препарати та віддає їх старшій медичній сестрі.
- Старша медична сестра на підставі цих заявок складає спеціальну заявку за підписом завідуючого відділенням і направляє її до аптеки. Треба пам'ятати, що наркотичні, отруйні препарати, спирти випишують на окремих заявках.
- На підставі поданих заявок аптека видає необхідні лікарські препарати.
- Старша медична сестра перевіряє відповідність виданих лікарських препаратів заявці, наявність етикеток, їх відповідність назві препарату, його дозі. Ретельно перевіряє термін придатності препарату. Якщо у старшої медичної сестри виникає сумнів з приводу якихось ліків або скінчився термін реалізації якогось препарату, вона повертає ці ліки до аптеки.
- Придатні до застосування ліки старша медична сестра віддає на пост черговій медичній сестрі.

Зберігання та облік ліків.

Мікстури, відвари, вакцини, краплі для очей швидко псуються, тому їх треба зберігати в холодильнику. Інші лікарські форми зберігають у сухому прохолодному місці.

Зберігати ліки необхідно у відповідному посуді: настої, мікстури – в літрових та півлітрових банках; краплі – в маленьких пляшках; мазі – в маленьких банках, ліки, що руйнуються на світлі (йод, бром) – у темному посуді.

Медична сестра самостійно не може змінювати упаковку на ліках, переливати ліки з одного посуду в інший. Категорично забороняється зривати етикетки або закреслювати надписи на них, наклеювати нестандартні етикетки, складати в один пакет різні таблетки та порошки.

Для зберігання ліків відводять спеціальні шафи, що мають систему шухляд, які маркуються та закриваються.

У шафі є окремі полицьки для препаратів, які вводять внутрішньовенно, для зовнішнього застосування, стерильних розчинів, речовин з сильним запахом, легкозаймистих речовин  спирт, ефір , перев'язочних матеріалів.

Необхідно слідкувати за терміном зберігання ліків.

Ліки, приготовлені в аптеці (мікстури, настої, відвари, слизи, очні краплі) зберігаються 2 доби.

Для стерильних розчинів, емульсій термін зберігання – 3 доби, для інших форм – 10 днів.

Термін придатності заводських препаратів 2-5 років. Усі рідкі форми лікарських речовин, у тому числі, білкові препарати (наприклад, сироватки, інсулін), деякі антибіотики, мазі, повинні зберігатися в холодильнику при температурі +2- +10° С.

Облік медикаментів веде старша медична сестра, в якій знаходиться зошит обліку лікарських препаратів, підписаних головним лікарем. Окремо враховуються і зберігаються наркотичні, отруйні і сильнодіючі препарати.

У сейфі зберігають 2 групи ліків:

1. Отруйні та наркотичні речовини  наркотики, атропін тощо  - група А
2. Сильнодіючі речовини  адреналін, кофеїн тощо  - група В.

На внутрішньому боці дверцят сейфу прикріплюють список препаратів, які там знаходяться, а також разові і добові дози, таблиці проти отруйних засобів. Необхідно слідкувати за терміном зберігання ліків. Мікстури зберігають у холодильнику протягом 5 діб, відвари— 3 діб, розчин пеніциліну — до однієї доби, краплі для очей — до 3 діб, стерильні розчини в закритих пляшках — 10 діб.

Ключ від сейфу та книга обліку наркотиків знаходяться у старшої медичної сестри. Книга обліку прошнурована, пронумерована, підписана головним лікарем і скріплена печаткою. Старша медична сестра веде облік використаних наркотиків, відмічає в зошиті номер історії хвороби, прізвище хворого, кількість витрачених ліків.

Методи введення лікарських засобів

1. Ентеральний – введення через шлунково-кишковий тракт.

- пероральний
- ректальний

2. Парентеральний – введення ліків шляхом ін'єкції з ушкодженням шкірних покривів. Ін'єкції бувають:

- внутрішньо шкірні
- підшкірні
- внутрішньо м'язові
- внутрішньовенні

3. Через шкіру і слизові оболонки без їх ушкодження:

- ручне нанесення препарату на шкіру, зовнішній слуховий прохід, слизові оболонки рота, носу, кон'юнктиви

- електрофорез
- інгаляції

4. Інші методи введення: в плевральну порожнину, спинномозковий канал, внутрішньо кістково та ін.

Введення лікарських препаратів через рот — перорально.

Цей спосіб є найпоширенішим, бо має значні переваги, а саме: є найбільш фізіологічним; зручним у користуванні; дає змогу застосовувати різні лікарські форми; в деяких випадках, коли треба безпосередньо впливати на травний шлях, він стає незамінним. Прикладом цьому можуть бути введення антацидних (протикислотних) препаратів, які гальмують підвищене вироблення хлористоводневої кислоти клітинами слизових залоз шлунка при виразковій хворобі шлунка або дванадцятипалої кишки, або введення травних ферментів при порушенні секреції травних залоз.

Метод уведення лікарських препаратів через рот має певні недоліки:

- введений препарат протягом тривалого часу не всмоктується;
- виникають труднощі у створенні та підтримці певної концентрації лікарського препарату в крові;
- деякі лікарські препарати руйнуються в травному каналі або печінці;
- певні групи препаратів (наприклад, саліцилати) викликають значне подразнення травного каналу;
- введення лікарського препарату таким шляхом неможливе, якщо у хворого порушений акт ковтання. Треба пам'ятати, що в такому разі необхідні лікарські препарати, які вводять через тонкий зонд розчиненими;
- пероральним шляхом важко вводити лікарські препарати дітям, психічно хворим, збудженим хворим.

Пероральним шляхом вводять тверді (таблетки, порошки, капсули, драже) та рідкі (мікстури, відвари, настоянки, настої, емульсії) лікарські форми.

При пероральному призначенні лікарських препаратів слід враховувати такі чинники:

- якщо лікарський препарат подразнює травний канал(ацетилсаліцилова кислота, препарати заліза), слід вживати його після їди;
- препарати, що стимулюють травлення (жовчогінні, ферментні, шлунковий сік), вживають під час їжі;
- антацидні препарати, що зменшують кислотність шлункового соку, вживають перед їдою.

Вводити лікарські препарати можна через пряму кишку — ректально.

**Показання.** Захворювання прямої кишки (геморої, запалення слизової оболонки), нестримне блювання, непрохідність стравоходу, порушений акт ковтання, а також збудженим психічнохворим.

**Переваги** методу. Дає можливість безпосередньо впливати на уражену слизову оболонку прямої кишки; через наявність анастомозів між гемороїдальними та клубовими венами ліки, що всмоктуються в прямій кишці, обминають ворітну вену та печінку, а тому не руйнуються в останній.

Недоліки методу полягають у тому, що більшість лікарських препаратів не всмоктується у прямій кишці і це обмежує кількість препаратів, які можна вводити цим шляхом (наприклад, глюкоза, хлоралгідрат, серцеві глікозиди в ізотонічному розчині натрію хлориду).

Ректальне введення лікарських препаратів можна виконувати двома методами: 1-й — застосування лікарського препарату резорбтивної, тобто загальної, дії, який вводять з метою впливу на організм у цілому. При цьому застосовують лікувальні мікроклізми (див. с. 234), крапельні клізми (див. с. 236), лікувальні свічки (наприклад, свічка з антипірином набули широкого застосування для зниження високої температури тіла, особливо у дітей; 2-й — застосування лікарського препарату місцевої дії, наприклад, при геморої, запаленні слизової оболонки прямої кишки. При цьому застосовують ті самі лікарські форми, але до їх складу **входять інші препарати.**

Вводити лікарські препарати можна під язик — сублінгвально.

**Переваги** методу. Оскільки слизова оболонка ротової порожнини, особливо її дна, добре васкуляризована, це забезпечує досить швидке та повне всмоктування лікарських речовин;

- при цьому способі введення лікарська речовина не руйнується у травному каналі травними

ферментами і не інактивується печінкою, оскільки обминає її.

За допомогою такого методу можна вводити нітрогліцерин або валідол у таблетках, які кладуть під язик до повного їх розсмоктування; у вигляді спиртових крапель (2—3 краплі нітрогліцерину або 5—6 крапель валідолу крапають на шматочок цукру і кладуть під язик до повного розсмоктування).

Вводять лікарські препарати через фістулу — штучну норицю шлунка при непрохідності стравоходу, після операцій на ньому або шлунку. При цьому всі лікарські речовини вводять у рідкому стані або у вигляді суспензій, олійних розчинів. Звичайно це виконують до годування чи після хворого через фістулу.

### **Зовнішнє застосування лікарських речовин**

Цей шлях застосування лікарських речовин звичайно використовується з метою лікування різних уражень шкіри та слизових оболонок. При цьому слід пам'ятати, що шкіра, слизові оболонки добре васкуляризовані, тому певні речовини, особливо на жиророзчинній основі, можуть всмоктуватися та чинити резорбтивну (загальну) дію.

#### *Застосування лікарських речовин для лікування уражень шкіри*

**А. Втирання лікарських речовин** — це спосіб активного введення лікарських препаратів через шкіру без порушення її цілості. Під впливом тертя та розминання шкіра розігрівається, в ній посилюється крово- та лімфообіг, розширюються вивідні протоки сальних та потових залоз, через які речовина легко всмоктується.

**Показання.** Місцеві розлади крово- та лімфообігу, розлад функції периферичних нервових розгалужень у шкірі, трофічні процеси, паразитарні захворювання шкіри (короста), гніздове облісіння (алопеція).

**Для впливу на прилеглі тканини.** Гострі та хронічні ураження м'язів, периферичних нервових стовбурів, лімфаденіти, зтяжні та хронічні запалення суглобів.

**Для загального впливу на організм,** наприклад, втирання подразнюючих бальзамів у скроні при мігрені.

**Лікарські форми.** Рідини (саліцилати), мазі (ртутна, сірчана, різні бальзами). Втирання звичайно проводять у тих ділянках, де шкіра є найбільш тонкою і де відсутній волосяний покрив (якщо він є, то його збивають). Це — згинальна поверхня передпліччя, задня поверхня стегон, бокові поверхні грудної клітки, живіт, скроні.

Цю процедуру звичайно виконують на ніч. Шкіру в ділянці втирання лікарської речовини ретельно миють теплою водою з милом.

Для кращого всмоктування лікарського препарату необхідно попередньо зробити масаж шкіри (для покращання крово- та лімфообігу); з цією метою можна накласти гарячий компрес. На шкіру накладають необхідну кількість лікарської речовини, рівномірно розподіляють її по поверхні; коловими рухами пальців речовину втирають у шкіру, поки остання не стане сухою. Потім на це місце накладають не тугу бинтову пов'язку.

**Протипоказання.** Важкі ураження шкіри (мацерації, пролежні, екзема, фурункули, карбункули, гноячковий висип).

**Б. Змазування** — це нанесення різних мазей, паст на уражені ділянки шкіри.

Мазь або пасту накладають на шкіру за допомогою шпателя або марлевого тампона, розподіляючи її рівномірним шаром. Якщо застосовують суспензію, перед вживанням її слід збовтати. Якщо треба змазати волосисту частину тіла, волосся можна вистригти. Якщо цього зробити не можна, то змазують шкіру та волосся в напрямку росту волосся. При гноячкових висипах змазують навколо вогнищ ураження в напрямку від периферії до центру.

**В. Мазьові пов'язки.**

**Показання.** Якщо необхідний тривалий вплив лікарської речовини на шкіру.

Невелику кількість мазі накладають на марлеву серветку або безпосередньо на уражену ділянку. Марлеву серветку прикривають компресним папером, а потім ватою. Пов'язку щільно бинтують або фіксують лейкопластирем. Таку пов'язку можна тримати протягом 12—24 год.

**Г. Вологовисихаючі пов'язки.**

**Показання.** Гострі запальні ураження шкіри, які супроводжуються мацерацією, екзема.

Стерильну марлеву серветку, що складається з 8—10 шарів, змочують лікарською речовиною, віджимають і накладають на уражену ділянку шкіри. Зверху кладуть компресний папір та забинтовують.

Треба знати, що вату прикладати не рекомендується, бо вона уповільнює висихання.

Якщо пов'язка висохла і самотійно не відходить, її треба відмочити тією самою лікарською речовиною.

Д. Припудрювання та присипання.

**Показання.** Для зменшення подразнення шкіри, її підсушування та дезинфекції, заплістості, надмірного потіння, особливо у закритих місцях.

Застосовують різні індиферентні присипки та пудри: рисова пудра, тальк (кремнієво-магнієва сіль), порошок оксиду цинку, борної кислоти, крохмаль.

Чистий ватний тампон занурюють у присипку чи пудру, присипають чи припудрюють уражене місце, злегка торкаючись його ватним тампоном. Оброблене місце прикривають тонким шаром марлі та забинтовують. Ін'єкції — це введення лікарських препаратів поза травним шляхом, за допомогою шприца і голки.

Переваги. Миттева дія, що є дуже важливим чинником при невідкладних станах. Точність дозування та підтримання певної концентрації ліків у крові. Ліки потрапляють у кров і надходять до органів і тканин у незміненому вигляді.

Застосування ін'єкцій необхідне в тих випадках, коли приймання ліків через рот неможливе (внаслідок стенозу стравоходу, воротаря), при відсутності відповідних лікарських форм для внутрішнього вжитку.

Недоліки. Існують певні хворобливі стани, коли парентеральне введення ліків стає утрудненим або неможливим, наприклад, при загостренні хвороб, що супроводжуються підвищеною кровоточивістю; при опіковій хворобі важкого перебігу, коли охоплена опіком значна площа тіла; при значних змінах у шкірі в ділянці ін'єкцій (екзема, псоріаз); при різних психічних станах (боязнь ін'єкцій, психічне збудження, судоми, правець).

Раціональне харчування дітей є важливим чинником у справі охорони здоров'я підростаючого покоління. У комплексі лікувальних заходів харчування займає основне й провідне місце. Завданням лікувального харчування є відновлення порушеного хворобою обміну речовин.

Готується їжа в лікарні на харчоблоці. До складу харчоблока входять: кухня, мийна, заготівельна кімната, комори овочеві й для сухих продуктів, холодильні установки. Застосовують електричні й газові плити. Столи оббиваються алюмінієм, дюралюмінієм або оцинкованим залізом. Обробка м'яса, риби, овочів здійснюється на спеціальних дошках, причому обробка сирих і варених продуктів проводиться теж на різних дошках. Весь інвентар маркірується. Кухонний посуд зберігається на полках і стелажах.

Влітку вікна на харчоблоці затягаються металевою сіткою або марлею.

Кухонний посуд миється в гарячій воді за допомогою щіток і мийних засобів. Металевий інвентар після миття прожарюється в духовій шафі. Дрібні дерев'яні предмети (лопатки, ложки) після миття ошпарюються окропом.

За якість приготовленої їжі відповідає дієтлікар, а при його відсутності - черговий лікар і дієтсестра. Вони повинні бути присутнім при закладці продуктів у казан і стежити за правильним дотриманням технологічних процесів при готуванні їжі. Про якість їжі дієтлікар або черговий лікар роблять позначки в журналі проб готової їжі. Відзначається якість, ураховується смак, запах, колір, зовнішній вигляд, консистенція, оформлення їжі в сніданок, обід, полуденок і вечерю.

Дієтсестра стежить за тим, щоб харчування видавалося в строго певний час, стільки разів, скільки призначене лікарем. Не допускається харчування всухом'ятку й між прийомами їжі.

Роздача їжі дітям проводиться у відділеннях, куди їжа доставляється в емальованому посуді (відра із закритими кришками). Залежно від того або іншого захворювання дитини,

особливостей і важкості його перебігу розроблені різні варіанти діет або столів. Кожна діета відрізняється набором харчових продуктів, калорійністю, засвоюваністю, вмістом харчових компонентів, особливостями кулінарної обробки, вмістом повареної солі. При виконанні заходів щодо догляду потрібно знати загальні показання до призначення різних дієтичних столів.

Діета № 1 - застосовується при виразковій хворобі шлунка й 12-палої кишки, при гастриті з підвищеною кислото утворюючою функцією.

Діета № 2 - при хронічних запальних захворюваннях шлунка із секреторною недостатністю.

Діета № 3 - при закрепках.

Діета № 4 - при запальних захворюваннях тонкої кишки (коліти).

Діета № 5 - при захворюваннях печінки й жовчовивідних шляхів, хронічному панкреатиті.

Діета № 6 - при порушеннях пуринового обміну (подагра, сечокислий діатез).

Діета № 7 - при захворюваннях нирок.

Діета № 8 -- при ожирінні.

Діета № 9 - при цукровому діабеті.

Діета № 10 - при захворюваннях серцево-судинної системи.

Діета № 11 - при туберкульозі, анемії, хронічних інфекціях.

Діета № 12 - при захворюваннях нервової системи.

Діета № 13 - при гострих інфекційних захворюваннях.

Діета № 14 - при порушеннях фосфорного обміну.

Діета № 15- при всіх захворюваннях у стадії видужання.

Виділяють також нульову діету - у перші дні після операції на травному каналі. У дитячій лікарні виділяється й діета № 16 - так званий малятковий стіл. Він призначається дітям у другому півріччі життя після введення прикормів.

Дітей у віці до 1,5 років годують у лікарні 5 разів у добу, після 1,5 років - звичайно 4 рази. До 1,5 років у дітей у нормі протертий стіл, після 1,5 років - загальний. Дітей до року й важких хворих годують у палатах, після року - у їдальні. Під час їжі повинна бути спокійна обстановка, що не викликає негативних емоцій. Під час їжі дієтсестра й обслуговуючий персонал повинні цікавитися, як дитина їсть, якщо погано, чому. Дієтсестра стежить за тим, щоб їжа видавалася в строго певний час, стільки разів, скільки призначено лікарем.

Відразу після прийому їжі посуд з їдальні повинен бути вимитий губкою або щіткою у гарячій воді з додаванням гірчиці або соди для знежирення. Після цього посуд полощуть у проточній воді. Коли потрібне спеціальне знезараження, посуд після миття на 20-30 хвилин занурюють в 0,2% розчин хлорантаїну. Замочування можна замінити кип'ятінням. У цей час для знезараження посуду широко користуються сухо-жаровими шафами.

Існує 3 види вигодовування дитини грудного віку: природне, штучне й змішане. Найкращим є природне вигодовування, при якому з молоком матерів діти отримують найбільш збалансоване харчування, що містить імунобіологічні фактори захисту. Діти, які вигодовують грудьми матері, рідше хворіють, а якщо занедужують, то переносять хворобу легше, ніж діти на штучному вигодовуванні.

У сучасній концепції здорового дитячого харчування пріоритетна роль відводиться гру тому вигодовуванню. У 1995 році за ініціативи МОЗ Україна вступила до міжнародного руху за грудне вигодовування малюків за активної підтримки ВООЗ/ЮНІСЕФ (1989 р.). Затверджена Програма з підтримки лактації і заохочення грудного вигодовування новонароджених в пологових стаціонарах, впроваджуються в життя гасла декларації, адресованої медичному персоналу закладів охорони здоров'я, насамперед пологових будинків, працівникам державних органів, організаціям із соціального захисту материнства і дитинства, представникам громадськості.

Частота годівлі дітей першого року життя залежить від їхнього віку. Протягом першого місяця дитину можна годувати 7 разів у добу через 3 години, потім - через 3,5 години 6 разів

у добу, з 5 місяців до 1,5 років здорових дітей годують 5 разів у день через 4 години.

Антропометрія – сукупність методів та прийомів вимірювання, опису людського тіла в цілому і його окремих частин. Вона дозволяє дати кількісну характеристику та оцінку фізичного розвитку людини.

Антропометрична оцінка дуже широко застосовується в медицині. Одна з перших процедур, що відбувається після народження новонародженої дитини - це її антропометричне дослідження. І найбільш серйозні захворювання часто діагностуються саме після встановлення негативних антропометричних змін. Цим обумовлена увага до антропометрії не тільки у медичних працівників, а і у широких верств населення.

МАСУ тіла грудної дитини визначають на спеціальних дитячих електронних вагах з максимально допустимим навантаженням до 10 кг та точністю вимірювання до 1г. Зважування проводиться вранці, після сечовипускання і дефекації, в білизні. При зважуванні дитини до 1 року спочатку на лоток вагів кладуть пеленку, дитину викладають на ваги головою на широку частину лотка. Відмічають показання маси тіла дитини разом з пеленкою, після чого масу пеленки треба відняти.

Визначення маси тіла дітей старшого віку проводять вранці натще на спеціальних медичних вагах з точністю до 50 г.

Маса доношеної дитини при народженні в середньому складає 3200 – 3800г. Взагалі, нормальною вважають масу від 2500 до 4500г. Маса тіла недоношеної дитини складає 2500 г і нижче. Протягом перших днів життя маса тіла новонародженого знижується на 150-300 г (транзиторна (фізіологічна) втрата маси) і складає близько 5 – 9 % від маси при народженні. Зменшення її більше ніж на 9 –10 % (понад 300 г) вважається патологічною втратою маси.

Фізіологічна втрата маси зумовлена наступними факторами:

- випаровування вологи з шкіри і при диханні;
- муміфікація пуповинного залишку;
- недостатній об'єм харчування і пиття у перші дні життя;
- блювання проковтнутою під час пологів навколоплідною рідиною;
- відносним голодуванням;
- відходження меконія, сечі.

#### РОЗРАХУНОК ІДЕАЛЬНОЇ МАСИ ТІЛА ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

Доношена новонароджена дитина має приріст маси за 1-й міс 600 г; за кожен місяць першого півріччя – по 800 г; другого півріччя – по 400г.

1 місяць: +600г

до 6 місяців:  $M = m + 800 \times n$

до 1 року:  $M = m + 800 \times 6 + 400 (n - 6)$ , де  $n$  – місяці.

Маса тіла дітей віком старше 1 року вираховується за формулами:

від 2 до 10 років:  $M(\text{кг}) = 10 + 2n$ , де  $n$  - вік дитини в роках

старше 10 років:  $M = 30 + 4(n - 10)$ , де  $n$  - вік дитини в роках

ДОВЖИНА ТІЛА. Під довжиною розуміється розмір дитини від ніг до голови при вимірюванні у лежачому положенні, горизонтально. Вертикальне вимірювання цього ж розміру стоячи носить назву зросту. Довжина тіла певною мірою відображає рівень зрілості організму.

Довжину тіла у дітей перших 2 років вимірюють у положенні лежачи за допомогою спеціального ростоміру у вигляді дошки з сантиметровою шкалою. Макушка дитини повинна щільно прилягати до нерухомої планки ростоміру. Голова фіксується так, щоб нижній край глазниці та верхній край зовнішнього слухового проходу знаходились на одному рівні. Ноги



дитини розпрямляють легким надавлюванням на коліні. Рухому планку ростоміра щільно прижимають до п'яток дитини.

У дітей старшого віку зріст вимірюється за допомогою вертикального ростоміра з відкидним табуретом. Дитина стоїть на площадці ростоміра спиною до шкали. Дитина торкається шкали потилицею, між лопатковою ділянкою, крестцом та п'ятками. Голова фіксується таким же чином – щоб нижній край глазниці та верхній край зовнішнього слухового проходу знаходились на одному рівні. Рухома планка фіксується на верхівковій точці голови.

#### РОЗРАХУНОК ІДЕАЛЬНОГО ЗРОСТУ ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

Довжина тіла дитини першого року життя може бути розрахована таким чином:

за I кв. – по 3 см щомісячно (за квартал 9 см);

за II кв. - по 2,5 см щомісячно (за квартал 7,5 см);

за III кв. – по 1,5 см щомісячно (за квартал 4,5 см);

за IV кв. - по 1,0 см щомісячно (за квартал 3 см).

Загальний приріст довжини тіла за перший рік життя складає 25 см.

Довжина тіла дитини подвоюється до 4, потроюється до 12 років.

Після 1 року використовують такі формули:

до 4 років  $L = 100 - 8(4 - n)$

після 4 років  $L = 100 + 6(n - 4)$ , де  $n$  – роки

ОБВІД ГОЛОВИ ТА ГРУДНОЇ КЛІТКИ виміряють за допомогою сантиметрової стрічки. Для визначення обводу голови стрічку накладають позаду по найбільш виступаючій точці потилиці, спереду – по надбрівним дугам.

Для вимірювання обводу грудної клітки стрічку накладають позаду під нижніми кутами лопаток та спереду – по ділянці сосків.

Обвід голови новонародженого складає 34-36 см, у дітей до 1 року величина зростає щомісячно в середньому на 1 см, та дорівнює до року 46 – 47 см.

до 6 місяців  $43 - 1,5(6 - n)$

після 6  $43 + 0,5(n - 6)$ , де  $n$  – місяці

Обвід грудної клітки новонародженого складає 33 – 35 см. Ця величина зростає щомісячно в середньому на 1,2 -1,3 см та к року дорівнює приблизно 48 см.

до 6 місяців:  $45 - 2(6 - n)$

після 6 місяців:  $45 + 0,5(n - 6)$ , де  $n$  – місяці

У дітей до 3 місячного віку показники обводу голови перевищують показники обводу грудної клітки. У віці 3 місяців ці показники зрівнюються і на протязі всього життя переважають показники обводу грудної клітки.

#### 4. План і організаційна структура навчального заняття з дисципліни.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу*	Види контролю**	Засоби навчання
1.	<b>Підготовчий етап</b>	<b>15%</b>		
1.1	Організаційні питання.	3хв.		
1.2	Формування мотивації.	2хв.		
1.3	Контроль початкового рівня підготовки	10хв	усне опитування за стандартизованими переліками питань	методичні рекомендації для викладачів
2.	<b>Основний етап</b>	65% 57хв	практичні завдання,	вага медична, лялька, дезрозчин, губка, листок

	(вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу)		ситуаційні задачі	призначень, молочні суміші, засоби для їх приготування.  набір ситуаційних задач
3.	<b>Заключний етап</b>	20%		
3.1.	Контроль кінцевого рівня підготовки.	12хв.	письмове тестування	набір тестових завдань
3.2.	Загальна оцінка навчальної діяльності студента.	4хв.		
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття.	2хв.		

### 5.Додатки. Засоби для контролю.

#### КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ.

1. Роль догляду в лікуванні хворої дитини.
2. Визначення медичної деонтології.
3. Особливості взаємостосунків медичних працівників.
4. Що означає «лікарська таємниця»?
5. Що передбачає юридична відповідальність лікарів і медичних сестер?
6. Основні обов'язки молодшої медичної сестри.
7. Обов'язки медичної сестри педіатричного стаціонару.
8. Розділи роботи медичної сестри на педіатричній ділянці.
9. Перший патронаж медичної сестри до новонародженого.
10. Основні правила спілкування з хворою дитиною.
11. Особливості догляду за новонародженими.

#### 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 IV 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. Пропедэвічнае падар'я / В.Г.Майданнік, В.Г.Бурлай, О.З.Гнапэйко; за ред. В.Г.Майданніка - В.НоваКніга, 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.