

**КУКСЕНКО І.В.
ПОЦЮРКО Н.Т.**

«НОВОНАРОДЖЕНА ДИТИНА»

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

для студентів спеціальності 223 Медсестринство



Львів-2023

УДК 616 - 053.2
ББК 57.3

Рекомендовано

*Методичною радою КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» як
електронний навчальний посібник
Протокол №3 від 27 березня 2023 р.*

Рецензенти:

Л.Б. Секретар – к.мед.н., доцент кафедри педіатрії №2 ЛНМУ імені Данила Галицького.

І.Є. Палига – д.мед.н., зав.кафедрою клінічного медсестринства, акушерства та гінекології КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім.Андрея Крупинського».

Автори:

Куксенко Ірина Василівна – викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач-методист, асистент кафедри клінічного медсестринства, акушерства та гінекології КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»

Поцюрко Наталія Теодозіївна - викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач-методист, кафедри клінічного медсестринства, акушерства та гінекології КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»

Куксенко І.В., Поцюрко Н.Т. Новонароджена дитина : електронний навчальний посібник. Львів : КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського», 2023. 102 ст.

У посібнику «Новонароджена дитина» описано анатомо – фізіологічні особливості новонародженої доношеної та недоношеної дитини, особливості догляду за новонародженою дитиною в пологовому будинку та домашніх умовах, виходжування недоношеної новонародженої дитини, вигодовування новонароджених дітей.

Посібник включає чотири основні розділи: силабус, лекції, методичні рекомендації до практичних занять та зошит для самостійної позааудиторної роботи. Для активізації розумової діяльності здобувачам освіти в кінці кожної теми подано перелік питань для самоконтролю.

Для здобувачів фахової передвищої освіти медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації.

УДК 616 - 053.2
ББК 57.3

© Куксенко І.В., Поцюрко Н.Т., 2023
© КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»

ЗМІСТ

1. Передмова.....	5
2. Силабус.....	6
3. Лекція 1. Основні завдання та організація педіатричної служби в Україні. Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем дитячого вік.....	20
4. Лекція 2. Анатомо-фізіологічні особливості доношеної новонародженої дитини та догляд за нею.....	31
5. Лекція 3. Анатомо-фізіологічні особливості недоношеної новонародженої дитини та догляд за нею.....	39
6. Лекція 4. Вигодовування грудної дитини. Природне, штучне та змішане вигодовування.....	53
7. Практичне заняття 1. Медсестринське обстеження дітей та догляд за ними.....	61
8. Практичне заняття 2. Принципи роботи дитячої дошкільної установи. Нервово-психічний і фізичний розвиток дітей.....	64
9. Практичне заняття 3 Новонароджена дитина. Перший туалет. Догляд за доношеною новонародженою дитиною в пологовому будинку та домашніх умовах.....	70
10. Практичне заняття 4. Особливості догляду та годування недоношеної дитини.....	78
11. Практичне заняття 5. Природне, штучне та змішане вигодовування.....	84
12. Самостійна робота 1. Особливості обміну речовин у дитячому віці.....	94
13. Самостійна робота 2. АФО ендокринної системи у дітей раннього віку. Імунна система, як контроль за генетичною стабільністю внутрішнього середовища.....	96
14. Самостійна робота 3. Сучасні методи догляду за недоношеною дитиною.....	98
15. Самостійна робота 4. Дієта та режим жінки-годувальниці.....	99
16. Самостійна робота 5. Харчування дітей після року.....	100
17. Література.....	101

ПЕРЕДМОВА

Розділ „Новонароджена дитина” містить відомості про новонароджену дитину, її анатомо - фізіологічні особливості, медсестринське обстеження та догляд за нею. Акцентується увага на фізичному та нервово-психічному розвитку в різні вікові періоди. Наводяться формули для розрахунку параметрів фізичного розвитку, критерії оцінки нервово - психічного розвитку в різні вікові періоди, а також алгоритми дій практичних навичок.

У великому обсязі висвітлені питання різних видів дитячого харчування. Особлива увага приділяється природному вигодовуванню, як найкращому способу вигодовування дітей 1 року життя. Акцент робиться на режимі вільного грудного вигодовування. Описані терміни введення пригодовування та додаткових факторів харчування, які вводяться з метою корекції при різних видах вигодовування.

Звертається увага на значення догляду, раціонального харчування та санітарно-освітню роботу медсестри. Робота медсестри ґрунтується на чинних наказах МОЗ України.

Щоб забезпечити високу організацію навчального процесу з використанням сучасних методів навчання, в електронному виданні посібника « Новонароджена дитина » зібрано текстові лекції, методичні рекомендації до практичних занять, зошит для самостійної позааудиторної роботи студента. Посібник укладено відповідно до типової (навчальної) та робочої навчальної програми з дисципліни “Медсестринство в педіатрії”.

Мета посібника:

- розвиток творчих здібностей та активізація розумової діяльності;
- формування потреби безперервного самостійного поповнення знань;
- поглиблене вивчення дисципліни;
- самостійна робота, як результат морально-вольових зусиль особистості.

Завдання посібника:

- навчити студентів самостійно працювати з літературою;
- творчо сприймати навчальний матеріал і його осмислювати; прищепити навички щоденної самостійної роботи в одержанні та узагальненні знань.



СИЛАБУС
навчальної дисципліни

«МЕДСЕСТРИНСТВО В ПЕДІАТРІЇ»

Галузь знань	22 Охорона здоров'я
Спеціальність	223 Медсестринство
Освітньо-професійна програма	Сестринська справа
Освітній ступінь	Фаховий молодший бакалавр
Статус дисципліни	Нормативна
Група	ПМС 11-13
Мова викладання	Українська
Кафедра, за якою закріплена дисципліна	Кафедра клінічного медсестринства, акушерства та гінекології
Викладачі курсу	Синиця Світлана Вікторівна - асистент кафедри, викладач першої кваліфікаційної категорії. Наливайко Лілія Миколаївна - викладач вищої кваліфікаційної категорії. Куксенко Ірина Василівна - викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач-методист. Поцюрко Наталія Теодозіївна - викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач-методист.
Контактна інформація викладача	s.synytsya@lma.edu.ua l.nalyvaiko@lma.edu.ua i.kuksenko@lma.edu.ua n.pocyurko@lma.edu.ua Група у Viber, Google Classroom.
Консультації	Відповідно до розкладу консультацій. Можливі он-лайн консультації через ZOOM, Meet або подібні ресурси. Для погодження часу он-лайн консультацій слід писати на електронну пошту викладача або дзвонити.
Опис навчальної дисципліни	Кількість кредитів – 10 Загальна кількість годин – 300 Модулів – 7 Рік підготовки – 2,3 Семестр – 3,4,5,6 Лекції – 48год. Практичні заняття – 188 год. Самостійна робота – 64 год.
Коротка анотація курсу	Дисципліна «Медсестринство в педіатрії» є нормативною дисципліною зі спеціальності Сестринська справа. Навчальну дисципліну розроблено таким чином, щоб надати здобувачам вищої освіти необхідні знання для опанування клінічних дисциплін загального та фахового спрямування. Предметом вивчення навчальної дисципліни є: вивчення етіологічних факторів, медсестринського процесу при дитячій патології, надання невідкладної допомоги, виконання медичних маніпуляцій з діагностичною та

	лікувальною метою, проведення лікувально-профілактичних заходів тощо.
Мета та цілі курсу	<p><i>Метою вивчення нормативної дисципліни «Медсестринство в педіатрії» є формування у студентів здатності мислити, вирішувати проблеми й приймати відповідні рішення з урахуванням особливостей майбутньої професійної діяльності випускників.</i></p> <p><i>Згідно з вимогами освітньої програми студенти повинні</i></p> <p>знати:</p> <ul style="list-style-type: none"> – роль і завдання сестри медичної в лікувально-діагностичному процесі, профілактиці захворювань; – методи пропаганди здорового способу життя; – анатомо-фізіологічні особливості новонародженої доношеної та недоношеної дитини; – анатомо-фізіологічні особливості органів і систем дитини; – фізичний і нервово-психічний розвиток дитини; – вигодовування грудної дитини та харчування дітей старшого віку; – етіологію, симптоматику, обстеження, принципи лікування та профілактичні заходи при захворюваннях різних органів і систем; загрозливих для життя станах, організацію та надання при них медичної допомоги; – значення додаткових (лабораторних, інструментальних) методів обстеження; – основні положення чинних наказів МОЗ України; – правила техніки безпеки, охорони праці в галузі, протиепідемічного режиму, професійної безпеки при обстеженні, виконанні маніпуляцій, роботі з медичною апаратурою, роботі з електроприладами, апаратами, що працюють під тиском, балонами з газом; <p>вміти:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оцінити стан дитини; – проводити ранковий туалет новонародженого; – проводити антропометрію (визначати масу дитини, вимірювати ріст, окружність грудної клітки, голови); – проводити туалет пуповинного залишку та пупкової ранки; – здійснювати догляд за шкірою та слизовими оболонками; – проводити гігієнічну й лікувальну ванни; – приготувати суміші для годування грудної дитини з ложечки, чашечки, через зонд; – вводити пригодовування і догодовування; – готувати каші, овочеві пюре, сир, сік; – складати схеми годування дітей першого року життя та меню для дітей старшого віку, вести харчовий щоденник; – проводити профілактику рахіту вітаміном Д; – обробляти шкіру при попріlostях, висипах, екземі; слизову оболонку ротової порожнини при стоматиті; – проводити оральну регідратацію; – оцінювати та реєструвати випорожнення; – промивати шлунок дітям раннього віку; – проводити підготовку пацієнтів до різних видів лабораторних досліджень; – проводити забір біологічного матеріалу для лабораторних досліджень: біохімічного аналізу крові; сечі – на загальний аналіз, за Нечипоренком, Зимницьким, бактеріологічного дослідження тощо; харкотиння – на клінічне та бактеріологічне дослідження; забір мазків з носоглотки; калу

	<ul style="list-style-type: none"> – на копрологічне, бактеріологічне дослідження, на гельмінти, зішкряб з перианальних складок; – виконувати очисну й лікувальну клізму дитині раннього віку; – здійснювати догляд за дитиною під час блювання; – підрахувати частоту дихальних рухів, пульсу, виміряти артеріальний тиск дітям різного віку; – вимірювати температуру тіла, зробити її графічний запис; – закрапувати краплі: в очі, ніс, вуха; – користуватися міхуром з льодом; – проводити оксигенотерапію; – проводити інгаляції; – відсмоктувати слиз з ротової порожнини та верхніх дихальних шляхів; – накладати зігрівальний компрес, гірчичники; – проводити забір шлункового та дуоденального вмісту; – проводити активну імунізацію (вводити вакцини); – виконувати діагностичну пробу Манту; – здійснювати підготовку пацієнта, асистувати лікареві під час виконання складних інструментальних обстежень та лікувальних процедур; – володіти навичками виконання всіх видів ін'єкцій; – розводити та вводити антибіотики дітям різного віку; – надавати екстрену допомогу при невідкладних станах відповідно до клінічних протоколів лікування; – володіти правилами техніки безпеки, охорони праці в галузі, протиепідемічного режиму, при обстеженні, виконанні маніпуляцій, роботі з медичною апаратурою, електроприладами, апаратами, що працюють під тиском, балонами з газом.
<p>Програмні результати навчання</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вибрати найбільш доцільні навички (уміння), медичні засоби, втручання та дії для застосування у практичних ситуаціях. • Інтерпретувати основні положення філософії сестринської справи. • Застосувати комп'ютерні та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів діяльності. • Відтворити навчальний матеріал усно/письмово/при виконанні типових професійних задач в імітованих умовах. • Дотримуватися правил ефективної взаємодії в команді. • Застосовувати навички ефективної комунікації з пацієнтами, членами їх родини та іншими медичними працівниками в імітованих ситуаціях. • Інтерпретувати основні положення законодавства в охороні здоров'я. • Провести оцінку стану здоров'я пацієнта при різних станах і захворюваннях у різні вікові періоди життя (включаючи процес вмирання). • Визначити проблеми пацієнта при різних станах і захворюваннях у різні вікові періоди життя (включаючи процес вмирання). • Розробити плани догляду при різних станах і захворюваннях у різні вікові періоди життя (включаючи процес вмирання). • Оцінити плани медсестринського догляду. • Коректувати плани медсестринського догляду. • Описати заходи, спрямовані на профілактику захворювань. • Розробляти плани навчання пацієнтів та членів їх родини. Емоційна сфера • Дотримуватися принципів професійної етики, толерантної та неосудливої поведінки. • Вибрати тактику спілкування з пацієнтами, членами їх родини та колегами, враховуючи соціальні, культурні, психологічні та релігійні

	<p>відмінності в клінічних та імітованих ситуаціях.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дотримуватися принципів загальнолюдської моралі та поваги до людської гідності. • Керуватись принципами екологічного виховання. • Виконати план медсестринського догляду на фантомах і муляжах в імітованих та клінічних ситуаціях. • Демонструвати медсестринські процедури і маніпуляції відповідно до протоколів і алгоритмів на фантомах і муляжах. • Дотримуватися правил безпеки життєдіяльності, техніки безпеки і охорони праці. • Демонструвати навички оцінки функціонального стану пацієнта, підготовки його до • діагностичних досліджень та взяття матеріалу для лабораторних досліджень, в тому числі в імітованих ситуаціях, на фантомах і муляжах. • Демонструвати навички застосування фармакологічних засобів, в тому числі в імітованих ситуаціях, на фантомах і муляжах. • Практикувати безпечну поведінку щодо збереження здоров'я при виконанні медсестринських процедур і маніпуляцій, в тому числі в імітованих ситуаціях, на фантомах і муляжах. • Впровадити план навчання пацієнта та членів його родини.
<p>Політика курсу</p>	<p>Дотримання принципів академічної доброчесності. Не толеруються жодні форми порушення академічної доброчесності. Очікується, що роботи студентів будуть самостійними, їх власними оригінальними дослідженнями чи міркуваннями. Для осіб з особливими освітніми потребами ця вимога застосовується з урахуванням їх індивідуальних потреб і можливостей. Під час виконання письмових контрольних робіт, модульних контрольних, тестування, підготовки до відповіді на екзамені користування зовнішніми джерелами заборонено. Виявлення ознак академічної недоброчесності в письмовій роботі студента є підставою для її незарахування викладачем.</p> <p>Дотримання принципів та норм етики і професійної деонтології. Під час занять здобувачі фахової передвищої освіти діють із позицій академічної доброчесності, професійної етики та деонтології, дотримуються правил внутрішнього розпорядку Академії. Під час боротьби з епідемією KOVID-19 виконують всі настанови протиепідеміологічного режиму: носять маски, дотримуються соціальної дистанції, використовують антисептики. Ведуть себе толерантно, доброзичливо та виважено у спілкуванні між собою та викладачами.</p> <p>Відвідування занять. Студенти повинні відвідувати усі лекції, практичні заняття курсу та інформувати викладача про неможливість відвідати заняття.</p> <p>Політика дедлайну. Студенти зобов'язані дотримуватися термінів, передбачених курсом і визначених для виконання усіх видів робіт.</p> <p>Порядок відпрацювання пропущених занять. Відпрацювання пропущених занять без поважної причини відбувається згідно з графіком відпрацювань та консультацій. Відпрацювання пропущених занять з поважної причини може проводитися також улюбий зручний час для викладача.</p> <p>Перескладання підсумкової оцінки з метою її підвищення не допускається, окрім ситуацій передбачених нормативними документами Академії, або неявки на підсумковий контроль з поважної причини.</p>
<p>Структура курсу</p>	

ТЕМИ ЛЕКЦІЙ		
№ з/п	Назва теми	Кількість годин
III СЕМЕСТР		
1.	Основні завдання та організація педіатричної служби в Україні. Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем дитячого віку	2
2.	Анатомо-фізіологічні особливості доношеної новонародженої дитини та догляд за нею	2
3.	Анатомо-фізіологічні особливості недоношеної новонародженої дитини та догляд за нею	2
4.	Вигодовування грудної дитини. Природне, штучне та змішане вигодовування	2
5.	Хвороби новонароджених пов'язані з інфікуванням та пологовими проблемами Гемолітична хвороба новонароджених	2
6.	Гіповітамінози. Рахіт. Гіпервітаміноз віт. Д. Гіпокальціємічний синдром	2
7.	Аномалії конституції	2
8.	Гострі розлади травлення у дітей раннього віку. Хронічні розлади живлення	2
Разом за III семестр:		16
IV СЕМЕСТР		
9.	Захворювання органів травного каналу у дітей старшого віку. Гельмінтози	2
10.	Захворювання органів дихання	2
11.	Захворювання органів сечової системи	2
12.	Захворювання серцево-судинної системи	2
13.	Захворювання кровотворної системи	2
14.	Захворювання ендокринної системи	2
Разом за IV семестр:		12
V СЕМЕСТР		
15.	Гострі респіраторні вірусні інфекції. Грип. Парагрип	2
16.	Туберкульоз у дітей	2
17.	Дифтерія. Менінгококова інфекція	2
18.	Кір. Краснуха	2
19.	Вітряна віспа. Скарлатина	2
20.	Епідемічний паротит. Кашлюк. Паракашлюк	2
21.	Кишкові інфекції	2
22.	Вірусний гепатит	2
23.	Поліомієліт. ВІЛ-інфекція/СНІД	2
24.	Медсестринський процес при невідкладних станах	2
Разом за V семестр:		20
Разом:		48
ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ		
№ з/п	Назва теми	Кількість годин
III СЕМЕСТР		
1.	Медсестринське обстеження дітей та догляд за ними.	4
2.	Принципи роботи дитячої дошкільної установи. Нервово-психічний і фізичний розвиток дітей	4

3.	Новонароджена дитина. Перший туалет. Догляд за доношеною новонародженою дитиною в пологовому будинку та домашніх умовах	4
4.	Особливості догляду та годування недоношеної дитини	4
5.	Природне, штучне та змішане вигодовування	4
6.	Модульний контроль 1. Здорова дитина	4
7.	Організація роботи сестри медичної дитячої поліклініки та стаціонару	4
8.	Хвороби новонароджених пов'язані з інфікуванням та пологовими проблемами. Гемолітична хвороба новонароджених	4
9.	Рахіт. Гіпервітаміноз вітаміну Д. Гіпокальціємічний синдром	4
10.	Медсестринський процес при аномаліях конституції	4
11.	Медсестринський процес при гострих розладах травлення у дітей раннього віку та хронічних розладах живлення	4
12.	Модульний контроль 2. Захворювання дітей раннього віку	4
	Разом за III семестр:	48
	IV СЕМЕСТР	
13.	Медсестринський процес при захворюваннях органів травного каналу у дітей старшого віку	4
14.	Медсестринський процес при захворюваннях жовчного міхура, жовчовивідних шляхів, гельмінтозах	4
15.	Медсестринський процес при захворюваннях верхніх дихальних шляхів	4
16.	Медсестринський процес при захворюваннях нижніх дихальних шляхів	4
17.	Медсестринський процес при захворюваннях сечової системи	4
18.	Модульний контроль 3. Захворювання внутрішніх органів	4
19.	Медсестринський процес при вроджених вадах серця	4
20.	Медсестринський процес при ревматичній лихоманці	4
21.	Медсестринський процес при залізодефіцитній анемії та геморагічних захворюваннях	4
22.	Медсестринський процес при лейкеміях	4
23.	Медсестринський процес при цукровому діабеті	4
24.	Модульний контроль 4. Захворювання серцево-судинної, кровотворної та ендокринної систем	4
	Разом за IV семестр:	48
	V СЕМЕСТР	
25.	Медсестринський процес при гострих респіраторних вірусних інфекціях, грипі, парагрипі	4
26.	Медсестринський процес при туберкульозі	4
27.	Медсестринський процес при дифтерії	4
28.	Медсестринський процес при менінгококовій інфекції	4
29.	Модульний контроль 5. Інфекційні хвороби	4
	Разом за V семестр:	20
	VI СЕМЕСТР	
30.	Медсестринський процес при корі і краснусі	4
31.	Медсестринський процес при вітряній віспі і скарлатині	4
32.	Медсестринський процес при епідемічному паротиті, кашлюку, паракашлюку	4
33.	Медсестринський процес при кишкових інфекціях	4
34.	Медсестринський процес при вірусному гепатиті	4

35.	Медсестринський процес при поліомієліті, ВІЛ-інфекції / СНІДІ	4
36.	Медсестринська допомога при невідкладних станах	4
37.	Модульний контроль 6. Повітряно-крапельні інфекції. Кишкові інфекції. Вірусний гепатит. Поліомієліт. ВІЛ-інфекція/ СНІД. Невідкладна допомога.	4
38.	Робота сестри медичної в поліклініці	4
39.	Робота сестри медичної в дитячій дошкільній установі	4
40.	Робота сестри медичної в приймальному відділенні та маніпуляційній	4
41.	Робота сестри медичної у відділенні раннього дитинства	4
42.	Робота сестри медичної в пульмонологічному відділенні	4
43.	Робота сестри медичної в гастроентерологічному відділенні	4
44.	Робота сестри медичної в нефрологічному відділенні	4
45.	Робота сестри медичної у ендокринному диспансері	4
46.	Робота сестри медичної в відділеннях інфекційної лікарні	4
47.	Модульний контроль 7. Підсумкова практика студентів	4
	Разом за VI семестр:	72
	Разом:	188

САМОСТІЙНА РОБОТА

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
III СЕМЕСТР		
1.	Особливості обміну речовин у дитячому віці	2
2.	АФО ендокринної системи у дітей раннього віку. Імунна система, як контроль за генетичною стабільністю внутрішнього середовища	2
3.	Сучасні методи догляду за недоношеною дитиною	1
4.	Дієта та режим жінки-годувальниці	1
5.	Харчування дітей після року	1
6.	Підготовка до модульного контролю 1	4
7.	Проблеми інфекцій в сучасній неонатології з позиції доказової медицини	2
8.	Спадкові та хромосомні захворювання	2
9.	Пілороспазм і пілоростеноз	2
10.	Підготовка до модульного контролю 2	4
	Разом за III семестр:	21
IV СЕМЕСТР		
11.	Хронічна пневмонія	2
12.	Муковісцидоз - сучасні підходи до діагностики, лікування, медико-соціальної реабілітації	2
13.	Гостра ниркова недостатність	1
14.	Підготовка до модульного контролю 3	4
15.	Ювенільний ревматоїдний артрит	2
16.	Спадкові гіпо- та апластичні анемії	2
17.	Захворювання щитоподібної залози. Гіпотиреоз – природжений і набутий	1
18.	Ожиріння – основні форми. Профілактика	1
19.	Підготовка до модульного контролю 4	4
	Разом за IV семестр:	19
V СЕМЕСТР		

20.	Нейротоксикоз	2
21.	Позалегеневі форми туберкульозу	2
22.	Рідкісні клінічні форми дифтерії	1
23.	<i>Підготовка до модульного контролю 5</i>	4
	Разом за V семестр:	9
VI СЕМЕСТР		
24.	Краснуха та вагітність	1
25.	Дисбактеріоз: своєчасно про актуальне	1
26.	Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	1
27.	<i>Підготовка до модульного контролю 6</i>	4
28.	Мистецтво спілкування сестри медичної з пацієнтами та їх батьками	1
29.	Сучасні методи діагностики захворювань органів дихання	1
30.	Фітотерапія при захворюваннях сечових шляхів	1
31.	Сучасні погляди на вакцинацію. Покази та протипокази	1
32.	<i>Підготовка до модульного контролю 7</i>	4
	Разом за VI семестр:	15
	Разом:	64

<p>Література для вивчення дисципліни</p>	<p>Основна (базова):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Педіатрія: Навч. посібник / О.В. Тяжка, О.П. Вінницька, Т.І. Лутай та ін.; за ред. проф. О.В. Тяжкої. – К.: Медицина, 2005. – С.132-137. 2. Профілактика, діагностика та лікування захворювань: інфекційні хвороби, пульмонологія, профілактична імунізація / За ред. С.О. Крамарева, П.П. Сокура 2008. – 480 с. 3. Шегедин М.Б., Орібко С.Д., Киричук Г.І., Середа М.П. та ін. Медсестринство в педіатрії. Навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації спеціальності “Сестринська справа”. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2009. – 312 с. 4. Шегедин М.Б., Кравців В.В., Барчук С.В. Медсестринство при інфекційних хворобах. Дрогобич: Відродження, 2005, 63 с. <p>Додаткова:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми: Підручник для студентів вищих медичних закладів. – Вінниця: ДП ДКФ, 2006. – С. 432-438. 2. Пропедевтика дитячих хвороб. Методика обстеження здорової та хворої дитини. Семіотика дитячих хвороб / Навчальний посібник для студентів 111-IV рівня акредитації вищих медичних навчальних закладів за ред. проф. О.Гнатейка. – Львів: Ліга-Прес, 2005. – С. 258-273. 3. Федорців О.Є. та ін. Алгоритми практичних навиків у педіатрії: Навчальний посібник. - Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 167 с.
<p>Поточний та підсумковий контроль Модульний контроль</p>	<p>Поточний контроль здійснюється на кожному практичному занятті з обов’язковим виставленням оцінки.</p> <p>Методи усного контролю: індивідуальне опитування, фронтальне опитування, співбесіда, метод «4 кроків».</p> <p>Методи письмового контролю: письмовий тестовий контроль, підсумковий модульний тестовий контроль, розв’язування клінічних ситуативних задач (ситуаційне компетентісне завдання).</p> <p>Методи самоконтролю: уміння самостійно оцінювати свої знання, самоаналіз, виступ з доповіддю, виконання презентації за темою, самостійного опрацювання, виконання індивідуального дослідного завдання, відпрацювання та демонстрація практичних навичок.</p>

Підсумковий контроль проводиться у вигляді семестрового екзамену. Згідно з «Положенням про організацію освітнього процесу у Львівській медичній академії ім. Андрея Крупинського» підсумкова оцінка з дисципліни виставляється за 100-бальною шкалою з наступним переведенням у національну шкалу та шкалу ECTS. Бали нараховуються за виконання завдань аудиторної роботи, практичних, контрольних (модульних) завдань, тестів. Результати поточного контролю здобувачів вищої освіти є складовими елементами підсумкової оцінки з дисципліни.

Навчальні методи та техніки, які будуть використовуватися під час викладання курсу

Лекції, практичні та індивідуальні заняття, самостійна робота студента, консультації
Лекції проводяться з використанням мультимедійних презентацій.
Практичні заняття проводяться з використанням методичних рекомендацій, ламінованих міні-таблиць, мультимедійних презентацій.
Самостійна позааудиторна робота студентів забезпечується методичними рекомендаціями та робочим зошитом для її виконання.
 У разі роботи в дистанційному режимі використовуватиметься віртуальне навчальне середовище MOODLE, Zoom, Google Meet, Google Classroom.
 Лекції та практичні заняття будуть проводитися за допомогою програм електронної комунікації Zoom, Google Meet, Google Classroom.
 Поточна комунікація з викладачем буде здійснюватися в соціальних мережах Viber, WhatsAp (за вибором академічної групи).

Необхідне обладнання

У звичайному режимі навчання.
 Вивчення курсу передбачає приєднання кожного студента до навчального середовища MOODLE, або Google Classroom.
У режимі дистанційного навчання під час карантину.
 Вивчення курсу додатково передбачає приєднання кожного студента до програм ZOOM, або Google Meet (для занять у режимі відеоконференцій). У цьому випадку студент має самостійно потурбуватися про якість доступу до інтернету.

Критерії оцінювання

Схема нарахування та розподіл балів

Поточне оцінювання, МК та самостійна робота						СМО	ПМО	ECTS	За національною шкалою
Модуль 1									
T1	T2	...Tn	САП	МК 1	МО				
4	4	3	73	75	74	74	74	C	добре

T₁ – T_n – теми занять до модульного контролю 1;
САП – середнє арифметичне усіх позитивних оцінок в національній шкалі, яке переводиться у 100 – бальну шкалу;
МК модульний контроль;
МО (модульна оцінка) – середнє арифметичне САП та МК;
СМО (семестрова модульна оцінка) – це середньоарифметична МО;
ПМО (підсумкова модульна оцінка) – виставляється в кінці вивчення дисципліни за 100 – бальною, національною шкалою та ECTS.

Шкала оцінювання: національна та ECTS

За 100-бальною шкалою	За національною шкалою	За шкалою ECTS
90-100	відмінно	A
80-89	добре	B
70-79	добре	C
60-69	задовільно	D
51-59	задовільно	E
35-50	незадовільно з можливістю повторного	FX

	складання	
0-34	незадовільно з обов'язковим повторним курсом вивчення дисципліни за зазначений семестр	F
Питання до підсумкового контролю	<p style="text-align: center;">ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проводити антропометрію. 2. Проводити перший і ранковий туалет новонародженого. 3. Обробляти пупковий залишок і пупкову ранку. 4. Годувати недоношену дитини через зонд. 5. Проводити сповивання. 6. Розраховувати разову та добову потребу в їжі. 7. Обробляти шкіру та слизові оболонки. 8. Проводити контрольне зважування. 9. Проводити гігієнічну та лікувальну ванну. 10. Скласти схеми-меню дітям різного віку. 11. Здійснювати етапи медсестринського процесу при захворюваннях новонароджених. 12. Доглядати за пупковою ранкою при омфаліті. 13. Доглядати за дитиною при гіпоксично-травматичному ураженні ЦНС. 14. Проводити штучну вентиляцію легень і закритий масаж серця. 15. Застосовувати міхур з льодом, грілку. 16. Доглядати за дитиною при гіпертермії. 17. Відсмоктувати слиз з верхніх дихальних шляхів. 18. Здійснювати етапи медсестринського процесу при гіпо- та гіпервітамінозах. 19. Розраховувати дози вітаміну Д₃ для лікування та профілактики рахіту. 20. Спостерігати за пацієнтом і вирішувати його дійсні та супутні проблеми. 21. Закапувати краплі в очі, ніс, вуха. 22. Проводити інгаляції. 23. Накладати зігрівальний компрес і гірчичники. 24. Підраховувати частоту дихання і серцевих скорочень. 25. Вимірювати артеріальний тиск. 26. Вести харчовий щоденник для дітей з аномаліями конституції. 27. Планувати медсестринські втручання та здійснювати їх реалізацію при захворюваннях травного каналу. 28. Промивати шлунок. 29. Проводити очисну та лікувальну клізму. 30. Доглядати за дитиною при блюванні. 31. Здійснювати підготовку пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень: загального аналізу крові; сечі - на загальний аналіз, за Нечипоренком, Зимницьким, бактеріологічне; харкотиння – на загальне, бактеріологічне; калу - на гельмінти, зішкряб з періанальних складок, копрологічне, бактеріологічне. 32. Розводити і вводити антибіотики. 33. Володіти навичками виконання всіх видів ін'єкцій. 34. Проводити забір крові з вени для біохімічних і серологічних досліджень. 35. Здійснювати етапи медсестринського процесу при захворюваннях органів дихання. 36. Доглядати за дитиною із стенозуючим ларинготрахеїтом. 37. Допомогати при проведенні плевральної пункції. 38. Доглядати за дитиною при пневмонії. 39. Здійснювати підготовку дитини до функціональних та інструментальних методів обстеження (комп'ютерної томографії, рентгенологічних, ендоскопічних, УЗД тощо). 	

40. Спостерігати за пацієнтами та вирішувати дійсні та супутні проблеми при захворюваннях сечової, серцево-судинної, кровотворної та ендокринної систем.
41. Доглядати за дитиною з гострою нирковою недостатністю та захворюваннями нирок.
42. Допомогати під час проведення спинномозкової та стернальної пункції.
43. Доглядати за дитиною з цукровим діабетом.
44. Розраховувати дози інсуліну та правила його введення.
45. Визначати наявність глюкози в сечі.
46. Визначати добовий діурез.
47. Доглядати за шкірою під час висипки при різних інфекційних захворюваннях.
48. Проводити пробу Манту.
49. Проводити профілактичні щеплення відповідно до наказу МОЗ України.
50. Проводити взяття мазків, змиви з носоглотки для вірусологічного та бактеріологічного дослідження.
51. Доглядати за реконвалісцентами.
52. Проводити диспансерне спостереження за дітьми з хронічною патологією.
53. Дотримуватись правил особистої безпеки та гігієни.
54. Проводити санітарно-освітню роботу серед населення з питань профілактичної медицини, пропаганди здорового способу життя.
55. Забезпечити лікувально-охоронний і санітарно-протиепідемічний режим в дитячих лікувально-профілактичних та навчально-виховних закладах;
56. Заповнювати медичну документацію.

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ЕКЗАМЕНУ

1. Організація профілактичної та лікувальної допомоги дітям, обов'язки медсестри щодо їх виконання. Лікувально-профілактичні заклади.
2. Анатомо-фізіологічні особливості новонародженої дитини.
3. Характеристика та ознаки. Фізіологічні стани новонароджених.
4. Характеристика та ознаки недоношеної дитини. Функціональні особливості органів і систем недоношеної дитини. Вигодовування та зігрівання.
5. Періоди дитячого віку та їх характеристика. Фізичний розвиток дитини.
6. Анатомо-фізіологічні особливості нервової системи. Нервово-психічний розвиток дитини.
7. Характеристика природного вигодовування. Переваги грудного вигодовування. Протипокази й утруднення при грудному вигодовуванні. Види й строки введення прикорму.
8. Характеристика змішаного вигодовування. Гіпогалактія та її профілактика.
9. Характеристика штучного вигодовування. Молочні суміші.
10. Харчування дітей після року. Контроль за харчуванням у дитячому дошкільному закладі.
11. Анатомо-фізіологічні особливості шкіри. Захворювання шкіри новонародженої дитини. Етіологія. Класифікація. Медсестринський процес при везикулопустольозі, міхурчатці.
12. Хвороби пупка. Етіологія. Медсестринський процес при омфаліті.
13. Сепсис новонароджених. Етіологія. Медсестринський процес при сепсисі.
14. Гемолітична хвороба новонароджених. Етіологія. Медсестринський процес при гемолітичній хворобі новонароджених.
15. Асфіксія новонароджених. Етіологія. Медсестринський процес при асфіксії новонароджених.

16. Пологові травми. Гіпоксично-травматичне ураження центральної нервової системи. Етіологія. Медсестринський процес при пологових травмах і гіпоксично-травматичному ураженні центральної нервової системи.
17. Анатомо-фізіологічні особливості кісткової системи.
18. Гіповітамінози. Рахіт. Етіологія. Медсестринський процес при рахіті.
19. Гіпокальціємічний синдром. Етіологія. Медсестринський процес при гіпокальціємічному синдромі.
20. Гіпервітаміноз. Медсестринська діагностика.
21. Аномалії конституції. Алергічний, лімфатичний і сечокислий діатези. Етіологія. Медсестринський процес при діатезах.
22. Анатомо-фізіологічні особливості органів травлення. Гострі розлади травлення у дітей раннього віку. Етіологія. Медсестринський процес при гострих розладах травлення у дітей раннього віку.
23. Гіпотрофія. Етіологія. Медсестринський процес при гіпотрофії.
24. Стomatит. Етіологія. Класифікація. Медсестринський процес при stomатитах.
25. Гострий гастрит. Гастроентерит. Хронічний гастрит. Етіологія. Класифікація. Медсестринський процес при даній патології.
26. Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. Етіологія. Медсестринський процес.
27. Хронічний холецистохолангіт, дисфункція жовчних шляхів, дуоденіт. Медсестринське обстеження та спостереження.
28. Гельмінтози. Етіологія. Медсестринський процес при аскаридозі, ентеробіозі, трихоцефальозі тощо.
29. Пілоростеноз і пілороспазм. Медсестринський процес при пілоростенозі і пілороспазмі.
30. Анатомо-фізіологічні особливості органів дихання. Назофарингіт. Стенозуючий ларинготрахеїт. Етіологія. Клінічні прояви. Невідкладна допомога при стенозуючому ларинготрахеїті.
31. Тонзиліт. Отит. Етіологія. Класифікація. Медсестринський процес при даній патології.
32. Бронхіт. Етіологія. Класифікація. Медсестринський процес при бронхітах.
33. Пневмонія. Етіологія. Класифікація. Медсестринський процес при пневмоніях.
34. Особливості перебігу пневмонії новонароджених і недоношених дітей. Невідкладна допомога при гіпертермії.
35. Бронхіальна астма. Етіологія. Медсестринський процес при бронхіальній астмі. Медсестринське обстеження та спостереження; невідкладна допомога при приступі бронхіальної астми.
36. Хронічна пневмонія. Етіологія. Медсестринський процес при пневмоніях.
37. Анатомо-фізіологічні особливості сечових органів. Пієлонефрит. Етіологія. Класифікація. Медсестринський процес при пієлонефриті. Підготовка пацієнта до лабораторних та інструментальних методів обстеження.
38. Гломерулонефрит. Етіологія. Класифікація. Медсестринський процес при гломерулонефриті.
39. Гостра ниркова недостатність. Етіологія. Класифікація. Медсестринська діагностика. Невідкладна допомога при гострій затримці сечі.
40. Анатомо-фізіологічні особливості органів кровообігу. Природжені вади серця, судин. Етіологія. Медсестринський процес при природжених вадах серця і судин.

41. Ревматична лихоманка. Етіологія. Класифікація. Медсестринське обстеження та реалізація плану медсестринських втручань. Профілактика.
42. Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА). Етіологія. Класифікація. Медсестринський процес при ЮРА.
43. Анатомо-фізіологічні особливості кровотворної системи. Залізодефіцитна анемія. Етіологія. Класифікація. Медсестринське обстеження при анемії.
44. Лейкоз. Етіологія. Класифікація. Виконання лікарських призначень, оцінка результатів, корекція. Догляд.
45. Геморагічні захворювання. Етіологія. Медсестринський процес при тромбоцитопенії- та патії, геморагічному васкуліті, гемофілії.
46. Гіпо- і апластичні анемії. Медсестринський процес.
47. Анатомо-фізіологічні особливості ендокринних залоз (залоз внутрішньої секреції). Цукровий діабет. Етіологія. Підготовка пацієнтів до лабораторних досліджень. Інсуліно- та дієтотерапія. Профілактика.
48. Гіпотиреоз. Етіологія. Медсестринський процес при гіпотиреозі.
49. Ожиріння. Медсестринський процес.
50. Грип. Етіологія. Епідеміологія. Медсестринський процес при грипі.
51. Гострі респіраторні вірусні інфекції. Етіологія. Класифікація. Медсестринський процес при гострих респіраторних вірусних інфекціях.
52. Туберкульоз. Етіологія. Епідеміологія. Класифікація. Медсестринська діагностика. Виконання лікарських призначень. Вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта. Специфічна та неспецифічна профілактика. Диспансерне спостереження.
53. Дифтерія. Етіологія. Епідеміологія. Медсестринське обстеження. Встановлення медсестринських діагнозів. Планування медсестринських втручань та їх реалізація.
54. Менінгококова інфекція. Етіологія. Класифікація. Медсестринська діагностика. Планування та реалізація медсестринських втручань.
55. Кір. Етіологія. Епідеміологія. Медсестринський процес при корі.
56. Краснуха. Етіологія. Епідеміологія. Медсестринське обстеження. Догляд.
57. Скарлатина. Етіологія. Епідеміологія. Медсестринська діагностика та реалізація плану медсестринських втручань.
58. Вітряна віспа. Етіологія. Епідеміологія. Медсестринське обстеження.
59. Кашлюк. Етіологія. Епідеміологія. Медсестринський процес при кашлюку.
60. Епідемічний паротит. Етіологія. Епідеміологія. Особливості спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних і супутніх проблем.
61. Дизентерія. Етіологія. Епідеміологія. Медсестринський процес. Виконання лікарських призначень. Реалізація плану медсестринських втручань, оцінка результатів. Корекція.
62. Колієнтерит. Етіологія. Медсестринський процес при колієнтериті.
63. Сальмонельоз. Етіологія. Медсестринський процес.
64. Вірусний гепатит. Етіологія. Епідеміологія. Класифікація. Медсестринське обстеження, медсестринська діагностика. Планування медсестринських втручань, реалізація, оцінка, корекція.
65. Профілактика інфекційних хвороб. Календар профілактичних щеплень.
66. Поліомієліт. Етіологія. Класифікація. Медсестринське обстеження, виявлення дійсних і супутніх проблем пацієнта, встановлення медсестринських діагнозів.

	<p>67. ВІЛ-інфекція/СНІД. Етіологія. Медсестринський процес при ВІЛ-інфекції/СНІДі. Медсестринське спостереження і вирішення його дійсних проблем.</p> <p>68. Судомний синдром. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.</p> <p>69. Анафілактичний шок. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.</p> <p>70. Кишковий токсикоз. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.</p> <p>71. Гіперглікемічна кома. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.</p> <p>72. Гіпоглікемічна кома. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.</p> <p>73. Гостра дихальна недостатність. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.</p> <p>74. Зомління. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.</p> <p>75. Колапс. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.</p> <p>76. Носова кровотеча. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.</p> <p>77. Гіпокальціємічний синдром. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.</p> <p>78. Реанімація у випадку клінічної смерті.</p>
Опитування	Анкету з метою оцінювання якості курсу буде надано по завершенню курсу

ЛЕКЦІЯ №1

ТЕМА: «ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ І СИСТЕМ ДИТЯЧОГО ВІКУ»

ПЛАН

1. Основні завдання та організація педіатричної служби в Україні. Роль сестри медичної в наданні лікувально – профілактичної допомоги.
2. Періоди дитячого віку, характеристика.
3. АФО органів і систем дитячого віку

Актуальність теми: Головним напрямком розвитку охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі залишається удосконалення всієї системи надання медичної допомоги дітям і матерям. Важливу роль в поліпшенні медичної допомоги населенню відіграють медичні сестри – вони беруть участь в діяльності амбулаторно-профілактичних установ, проводячи активні відвідування вагітних жінок, дітей до року на дому як у містах так і в селах, втілюючи основні принципи сімейної медицини. Сучасні методи діагностики і лікування досить складні, тому медичні сестри повинні мати широкі теоретичні знання, впевнені практичні вміння та навички, для застосування їх в роботі в дитячих лікувальних закладах. Кваліфікована медична сестра має знати анатоמו-фізіологічні особливості дитячого організму, клініку, діагностику, лікування, профілактику захворювань, об'єм надання допомоги в разі невідкладних станів у дітей. Надзвичайно важливим питанням є раціональне вигодовування дітей раннього віку та харчування дітей старшого віку, виховання здорової дитини, диспансеризація здорових і хворих дітей. Медична сестра вступає в довірливі стосунки з пацієнтом, обговорює з ним питання медсестринського процесу, першочерговості та послідовності надання медсестринських послуг, догляду. Важливою умовою успішного медсестринського процесу є вміння сестри медичної уважно вислухати пацієнта, визначити спільно з ним пріоритетні напрями діяльності, що має принести йому психологічний, фізичний комфорт та значне полегшення. Усе це і вивчає педіатрія – наука про здорову і хвору дитину, причини і механізм дитячих захворювань, методику їх діагностики, лікування та профілактику.

ЗМІСТ

1. Основні завдання та організація педіатричної служби в Україні.

Педіатрія – (від грецького *paídos* – дитина, *iatreia* - лікування) – “Є наука про відмінні особливості в будові, відправленнях та захворюваннях дитячого організму і базованого на цих особливостях збереження здоров'я і лікування захворювань у дітей”.

(С.Х. Хотовіцький, 1836 р., Педіатрика”).

Педіатрія – наука про здорову і хвору дитину; це вся медицина, зсунута у дитячий вік; одна з найважливіших галузей медицини, яка займається профілактикою і лікуванням захворювань дитячого віку; це галузь медицини, яка відповідає за майбутнє суспільства, його перспективу

Являючись наукою про організм людини, що росте і розвивається, педіатрія, на основі поглибленого вивчення особливостей дитячого організму в різні вікові періоди, ставить головною ціллю створення найкращих умов для всебічного його розвитку і найбільшої стійкості по відношенню до шкідливих факторів. Тому основний напрямок педіатрії – профілактичний (М.С. Маслов, 1961 р.)

Який в колісці – такий і в могилі. (Народна мудрість). Особливості педіатрії як медичної науки:

- дитина – це не зменшена копія дорослого, в кожному віковому періоді вона має свої анатоמו-фізіологічні особливості;
- в дитячому віці трапляються такі захворювання, яких немає в дорослих (рахіт, гіпотрофія, аномалії конституції та ін.);
- захворювання, які спостерігаються і в дорослих, у дітей мають особливості перебігу;
- ряд захворювань, як правило, виникають в дитячому віці, хоча можуть спостерігатися і у дорослих (дитячі інфекції);

- багато захворювань дорослих починаються в дитячому віці;
- від умов догляду, харчування, екологічних чинників залежить майбутній розвиток дитини і стан здоров'я в дорослому віці.

Педіатрія вивчає організм дитини від народження, а в деяких випадках і від останніх місяців внутрішньоутробного розвитку до віку підлітків.

Дитячі заклади поділяють на лікувально – профілактичні та навчально – виховні. До лікувально – профілактичних належать пологовий будинок, дитяча лікарня, дитяча поліклініка, будинок дитини, дитячий санаторій. Ці заклади перебувають у віданні органів охорони здоров'я.

До навчально – виховних закладів належать дитячі садки, школи, школи-інтернати, дитячі будинки. Вони перебувають у віданні органів народної освіти.

Дільнична медсестра дитячої поліклініки повинна здійснити допологовий патронаж вагітної протягом 10 днів після одержання відомостей про вагітну з жіночої консультації. Вона проводить бесіду про значення режиму дня і харчування жінки для розвитку плода і процесу пологів. Удруге медсестра відвідує майбутню матір на 32-му тижні вагітності, перевіряє, як сім'я підготовлена до появи дитини, розповідає про особливості поведінки дитини, вигодовування і розвитку.

Післяпологовий патронаж здійснюється сестрою медичною протягом перших двох днів після виписування з пологового будинку. Патронажна медсестра повинна ознайомити матір з правилами вигодовування дитини, доглядом за новонародженим, купанням. На дитину заводять історію розвитку, яку ведуть до 14 років, а також патронажний листок, де відмічають дати відвідувань, вік дитини та її стан, теми бесід з матір'ю, відомості про оточення.

Вдруге медсестра приходить через 3-4 дні після першого відвідування, щоб перевірити, як виконуються її вказівки. Особливу увагу слід звертати на поведінку, активність ссання, режим і харчування дитини. Дільничний педіатр і медсестра відвідують дитину протягом першого місяця для того, щоб пересвідчитися в правильному її розвитку. Найбільш пильного нагляду, особливої уваги потребують недоношені діти, з двійнят, трійнят, що перенесли асфіксію, пологову травму. Ці діти належать до групи підвищеного ризику, підлягають клінічному обстеженню спільно зі спеціалістами (невропатолог, окуліст, хірург). Вони повинні перебувати на диспансерному обліку. Основними документами медсестри є історія розвитку дитини, контрольна карта диспансерного спостереження, профільний журнал дільниці, журнали обліку профілактичних щеплень і реєстрації інфекційних захворювань.

Для оцінки стану здоров'я дитини встановлюють 4 критерії:

1. Функціональний стан основних систем
2. Ступінь резистентності і реактивності організму
3. Стан фізичного і нервово - психічного розвитку
4. Наявність або відсутність хронічної патології

По виразності цих критеріїв усі діти розділені на 3 групи:

1. Здорові діти
2. Діти, у яких немає хронічних захворювань, проте є незначні порушення фізичного розвитку, функціонального стану окремих систем організму. Діти, що перенесли інфекційні захворювання, що часто хворіють (4-5 разів на рік), що мають патологію, яку неважко вилікувати, малюки з несприятливим сімейним анамнезом.
3. Діти з хронічною патологією в стані компенсації, а також з вродженою аномалією.

Основні обов'язки сестри медичної (в дитячій консультації)

1. Профілактична робота.
2. Проведення допологових патронажів
3. Проведення патронажу новонародженої дитини
4. Направлення всіх дітей 1-го року життя для профогляду всіх спеціалістів
5. Здійснення контролю за виконанням призначень лікаря щодо профілактики рахіту.
6. Щомісячне планування профілактичних щеплень

II. Лікувальні заходи

1. Виклик диспансерної групи дітей на прийом до лікаря згідно плану диспансеризації
2. Робота з картотекою диспансерних дітей
3. Контроль за виконанням лікувальних і оздоровчих заходів, що призначені лікарем дітям з хронічними захворюваннями
4. Виконання лікувальних процедур, що призначені лікарем хворим з гострим захворюванням (амбулаторно).

III. **Протиепідемічна робота** - це комплекс заходів, спрямованих на своєчасну діагностику і профілактику інфекційних захворювань.

1. Проведення вакцинації.
2. Спостереження за щепленими дітьми.

IV. Робота з громадськістю

ДОКУМЕНТАЦІЯ В ДИТЯЧИХ ЗАКЛАДАХ:

1. Форма 97-У - карта новонароджених.
2. Форма 26 – форма дитячих закладів
3. Форма 112-У – історія розвитку дитини.
4. Форма 63-У – обліку профілактичних імунізацій.
5. Форма 60-У – реєстрації інфекційних хвороб.
6. Форма 030-У – контрольна карта диспансерного спостереження.
7. Форма 089-У – диспансерний облік.

2. Періоди дитячого віку, характеристика

Згідно зі схемою періодизації дитячого віку виділяють:

А. Внутрішньоутробний етап (тривалість 270-280 днів):

- а) фаза ембріонального розвитку (до 2 міс.);
- б) фаза плацентарного розвитку (від 3-го міс. до народження).

Б. Позаутробний етап (від моменту народження до 17-18 років):

- а) період новонародженості (від 0 до 28дня);
- б) період грудного віку (від 1 міс. до 1 року);
- в) період молочних зубів (від 1 до 7 років):
 - переддошкільний вік (від 1 до 3 років),
 - дошкільний період (від 4 до 6-7 років);
- г) період отрочтва (від 6-7 до 12 років);
- д) період статевого дозрівання — пубертатний (від 13 до 15-16,17-18 років).

Як зазначалося, кожен з цих періодів має дуже окреслені характеристики та відмінні особливості.

Внутрішньоутробний період - від моменту зачаття до народження дитини. Його тривалість в середньому складає 270 днів, починаючи рахунок з першого дня останнього менструального циклу у жінки. У фазі ембріонального, розвитку, що триває від утворення зиготи до 2 місяців, формуються зовнішні частини тіла та внутрішні органи. У фазі плацентарного розвитку, що триває від 3-го місяця до народження дитини, відбувається тканинне диференціювання органів плода.

Період новонародженості починається від моменту народження дитини, а ще точніше від моменту перев'язки пуповини. Його тривалість є суворо індивідуальною. Оскільки у цьому періоді організм дитини пристосовується до нових умов існування, то його тривалість залежить від ступеня зрілості дитини при народженні та характеру перебігу вагітності. Однак вважають, що тривалість періоду новонародженості складає в середньому 3-4 тижні. Період новонародженості характеризується інтенсивним пристосуванням до нових умов життя і має цілий ряд помітних особливостей. Зокрема, Починають функціонувати мале коло кровообігу та органи дихання. Від моменту народження організм дитини переходить на ентеральний характер харчування. Для всіх основних систем новонародженого характерним є стан «нестійкої рівноваги», і навіть невеликі зміни навколишніх умов можуть призвести до серйозних зрушень у стані здоров'я дитини.

Період грудного віку триває від 1-го місяця життя до року. Цей період життя дитини характеризується інтенсивним ростом та набуттям маси дитини, але з поступовим згасанням (ослабленням) енергії росту. До 4-5 місяців життя спостерігається подвоєння маси, яка була при народженні, а до року маса дитини потроєється. При цьому зріст дитини упродовж першого року життя збільшується на 50% порівняно з вихідним при народженні. Високою інтенсивністю обмінних процесів з переважанням анаболічних процесів, необхідних для швидкого росту та збільшення маси тіла. Переважанням функціональної активності щитовидної залози, що забезпечує високий основний обмін та анаболічні процеси, і вилочкової залози. При цьому перебудова гормонального (посилення основного обміну) та імунологічного фону схиляють до аномалій конституції: ексудативно-катаральний діатез, лімфатико-гіпопластичний діатез тощо; Посиленим ростом та диференціюванням мозкової тканини, морфологічною і функціональною її недосконалістю, підвищеною проникністю гемато-енцефалічного бар'єру. Це є підставою для схильності дитини до судом функціонального характеру, частих явищ менінгізму, що спостерігаються часто при респіраторних вірусних захворюваннях у цьому віці. Функціональною слабкістю травного апарату, низькою активністю ферментів слини, шлункового соку, що сприяє частим диспепсіям, нерідко є причиною гіпотрофії. Інтенсивним ростом опорно-рухового апарату, що може сприяти виникненню рахіту. При цьому спостерігається затримка прорізування зубів, порушується парність та послідовність прорізування зубів. Недостатнім розвитком додаткових пазух носа (гайморової пазухи тощо), тому у дітей грудного віку практично не зустрічається гайморитів і фронтитів. Ослабленням пасивного імунітету та розвитком на 2-4-му місяці життя так званої транзиторної або фізіологічної гіпоімунглобулінемії, це схиляє до різних гноєрідних та інших інфекцій, сприяє частим отитам, пневмоніям тощо;

Період молочних зубів триває від 1 до 6-7 років. У цьому періоді життя людини відбувається поступове удосконалення всіх функціональних систем, які все ще відрізняються підвищеною уразливістю. Спостерігається остаточне диференціювання нервової системи, формуються стійкі аналізаторно-синтетичні функції кори головного мозку. Відбувається інтенсивний розвиток інтелекту, значне ускладнення трудової діяльності, з'являється здатність до абстрактного сприйняття. Для цього віку характерним є становлення та удосконалення другої сигнальної системи. Звичайно у цьому віці діти розмовляють довгими фразами, аргументовано розмірковують і наприкінці періоду починають сприймати гумор, вільно розмовляють рідною мовою, правильно вживаючи відміну та відмінювання

Період отроцтва охоплює вік від 7 до 12 років. У цій віковій групі дітей найхарактернішими є такі особливості: закінчується морфологічне диференціювання клітин кори головного мозку, характерною є стійка рівновага процесів збудження та гальмування з деяким переважанням збудження та домінування кори головного мозку над підкірковою ділянкою, її вегетативними функціями; значно зростає м'язова маса, розвиваються такі рухові якості, як швидкість, спритність, сила, витривалість; відмічається переважне значення гормонів щитовидної та статевих залоз, тому можливими є ендокринні дисфункції.

Період статевого дозрівання починається з 12 років, але його терміни у окремих індивідів значно коливаються. У дівчаток статеве дозрівання відбувається найчастіше у віці 12-16 років, у хлопчиків — 13-18 років. Для цього періоду характерними є зрушення в ендокринній системі з переважанням функціональної активності статевих залоз. Спостерігається виникнення та розвиток рис, характерних для статі, розвиток вторинних статевих ознак: у дівчаток — ріст грудних залоз, поява менструації та оволодіння на лобку, в підпахвових западинах; у хлопчиків — ломка голосу, ріст волосся на лобку, обличчі, грудях, у підпахвових западинах, поява полюцій. У дітей в цьому періоді пропорції тіла та функціональні особливості різних органів і систем набувають рис дорослих. Відбувається інтенсивний психологічний розвиток, формування волі, свідомості, громадянства, моралі, характеру та особистості підлітка. В патології цього періоду найбільше значення мають психоневрози, функціональні розлади серцевої діяльності (функціональні кардіопатії, вегетативні дисфункції тощо), дисфункції ендокринних залоз (явища гіпертиреозу, ожиріння тощо), дефекти розвитку статевих органів (дисменорея, аменорея тощо), а також захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрит, дуоденіт, виразкова хвороба).

3. АФО органів і систем дитячого віку

Нервова система. Головний мозок є найбільшим органом у новонародженого. Його маса становить у середньому $1/8 - 1/9$ маси тіла.

Протягом перших 6 місяців життя маса головного мозку збільшується на 86 %. В період від 2 до 8 років ріст головного мозку уповільнюється і згодом маса його змінюється незначно. Мозкова частина багата на воду, борозни виражені слабо. На розрізі сіра речовина мало відрізняється від білої. Особливо енергійно процес йде в перші 5 років, що приводить до збільшення загальної поверхні головного мозку. Нервові клітини містяться в тій ж самій кількості, що у дорослих, але вони ще незрілі. Процес дозрівання нервових клітин в різних відділах головного мозку здійснюється неоднаково: для клітин кори він закінчується до 18 – 20 міс, в продовгуватому мозку 5 – 7 років. Приблизно до цього часу закінчується мієлінізація нервових волокон. При відсутності мієлінової оболонки швидкість проведення збудження по нерву в перші місяці життя знижена. Вегетативна нервова система функціонує у дитини з моменту народження. **Спинний мозок** у момент народження є більш зрілим утворенням. Відносно хребта він довший, ніж у дорослого, доходючи у новонародженого до нижнього краю 2 поперекового хребця. В середньому він важить 3 – 4 г. Спинномозкова рідина знаходиться в постійному русі, багатша на клітини і білок. Відтік крові від головного мозку утруднений. Токсичні речовини акумулюються, тому при інфекційних захворюваннях часто виникає нейротоксикоз, набряк мозку. У новонародженого відсутня повна мієлінізація пірамідних шляхів і черепно – мозкових нервів, дендрити короткі, мало розгалужені, мозок розвинутий недостатньо, в корі головного мозку переважають процеси гальмування, аналізаторна й умовно рефлекторна діяльність відсутня. Органи зору і слуху розвиваються паралельно з розвитком ЦНС. Органи смаку, нюху, дотику функціонують вже при народженні. Новонароджена дитина більшу частину доби спить, у неї наявні вроджені безумовні рефлекси – ссання, моргання, чхання, кашель, акт дефекації і сечовипускання і інш. Безумовні рефлекси до кінця 1 – го року життя згасають поступово і виробляються умовні рефлекси – починається розвиток першої сигнальної системи. В перші дні життя дитина може фіксувати погляд, але слідкування за предметом нестійке. З 2 міс життя дитина може зосереджувати погляд на нерухомому предметі. З 2,5 – 3 міс – починає стежити за рухомими предметами, відрізняти рідних. У віці 3 – 5 тижнів діти відповідають на звертання до них посмішкою. З 3 тижнів дитина прислуховується до звуків, в 2 міс слухове зосереджування стає більш тривалим. В 4 міс повертає голову в бік джерела звуку.

Шкіра новонародженої дитини має наступні особливості: роговий шар тонкий, базальні мембрани недорозвинені, м'язові волокна слабо виражені, добре розвинута мережа капілярів, функціонують сальні залози, недорозвинені потові залози, недосконалі захисна і видільна функції шкіри, добре виражена дихальна та синтетична функції шкіри, терморегуляція лабільна. Підшкірна основа становить 12 % маси тіла дитини, склад її близький до жирів жіночого молока, характерні своєрідний розподіл її і порядок зникнення при схудненні. Більше жиру відкладається на обличчі (тільца Біша), сідницях, стегнах, животі, а зникає він у зворотньому порядку – в останню чергу на обличчі. Потові залози повністю сформовані під час народження, не функціонують внаслідок незрілості центрів потовиділення. Структура залоз помітно поліпшується до 5 – 6 місяців, а функціонувати залози починають на 3 – 4 місяці життя. Сальні залози починають функціонувати під час внутрішньоутробного життя дитини. Секрет їх разом з клітинами епідерміса утворює “сироподібну” змазку, яка змащує все тіло новонародженого і полегшує проходження його через пологові шляхи. Сальні залози активно функціонують у перші дні життя дитини, після першого року життя секреція їх зменшується і знов посилюється в період статевого розвитку. Волосяний покрив на голові новонародженого звичайно добре розвинутий. Після 4 – 8 тижнів частина волосся випадає і змінюється новими. Зародкове пушкове волосся випадає.

Функції шкіри:

1. Захисна - від зовнішнього середовища (недосконала, будь - яка тріщина або подряпина є воротами для інфекції).
2. Терморегуляція - недостатня (швидке охолодження і перегрівання).
3. Видільна – розвинута добре (виділяються продукти обміну, піт).

4. Дихальна – розвинута добре (виділення вуглекислоти і рідини).

5. Синтетична – синтез вітаміну Д з провітаміну під дією УФО.

У дітей раннього віку при оцінюванні стану шкіри відмічають еластичність і тургор. Еластичність шкіри визначають за шкірною складкою на животі, захоплюючи шкіру великим і вказівним пальцями. Якщо складка розправляється швидко – еластичність шкіри не порушена, якщо поступово – еластичність шкіри знижена або втрачена (частіше при зневодненні організму). Тургор – опір тканин, який відчувається при стискуванні пальцями шкіри і усіх м'яких тканин. Слинні залози до 1 місяця життя недостатньо диференційовані, слини виділяється мало. Тому слизові оболонки сухі, легко травмуються. В 3 - 4 місяці залози функціонують достатньо добре, слини багато, але дитина ще не вміє її ковтати.

Кісткова система. Окостеніння, тобто заміна сполучної та хрящової тканин кістковою, починається ще у внутрішньоутробному періоді і триває до настання статевої зрілості. Кістки дитини, порівняно з дорослими, містять більше води і менше мінеральних речовин, м'які, еластичні, менш ламкі. До 2 років життя кістки за будовою наближаються до кісток дорослої людини, у 12 років вже не відрізняються від них. У новонародженого велика голова і складає 1/4 довжини його тіла і має округлу форму. У дітей переважає мозкова частина черепа. На голові новонародженого можна промацати такі шви: лобовий, венцевий, стрілуватий або сагітальний, лямбдоподібний, тім'яно-сосковий. Переднє тім'ячко знаходиться в місці стику вінцевого і стрілуватого швів, воно з'єднує 4 кістки: 2 лобні і 2 тім'яні. Має ромбоподібну форму, гострий кут ромба спрямований уперед, а тупий – назад. Мале тім'ячко розташоване на місці з'єднання стрілуватого і лямбдоподібного швів і має трикутну форму. Бічних тім'ячок налічується по 2 з кожної сторони. Після народження у дітей відкритими є переднє тім'ячко і шви черепа, у недоношених - і заднє тім'ячко. Бічні тім'ячка бувають відкритими тільки у глибоко недоношених дітей. Шви черепа остаточно закриваються після 2 років, закриття малого тім'ячка триває до 3 міс. Строки закриття переднього тім'ячка становлять – 12 міс. Середній розмір переднього тім'ячка 2 x 2,5 см. Для вимірювання переднього тім'ячка сантиметрову стрічку розташовують між сторонами ромба, але не його кутами.

У новонародженого хребет немає фізіологічних згинів. Шийний лордоз виникає у 2 міс (дитина починає тримати голівку), грудний кіфоз з'являється в 6 місяців (дитина починає сидіти), поперековий лордоз виникає після 1 року (дитина починає ходити). До 3 – 4 років з'являється характерна конфігурація хребта. Зріст хребта в довжину проходить нерівномірно – особливо інтенсивно – до статевої зрілості (у дівчат до 16 років, у хлопців – до 18 років). У новонароджених і дітей до 6 місяців грудна клітка має форму циліндра або конуса. Ребра розташовані майже горизонтально. В кінці першого, початку другого року життя грудна клітка подовжується і з'являється фізіологічне опущення ребер. Ребра приймають більш косий напрямок, міжреберні проміжки стають більш вузькими. Закладання зубних зачатків відбувається на 6 – 8 тижні ембріонального розвитку. Дитина народжується з зародками молочних і постійних зубів. Показником правильності розвитку і формування кісткової системи є процес прорізування зубів, що відбувається в два етапи: поява молочних зубів і заміна їх постійними. Молочних зубів – 20, постійних – 32. Строки прорізування зубів у дітей неоднакові: перші молочні зуби (медіальні різці) починають прорізуватись у 6 міс. Досить постійним є порядок прорізування зубів, для молочних зубів схематично можна зобразити за такою формулою:

Прав.	Лів.
7 5 6 3 2	2 3 6 5 7
7 5 6 4 1	1 4 6 5 7

1 – 2 медіальні різці в 6 – 9 міс.

3 – 4 латеральні різці в 9 – 12 міс.

5 - перші корінні зуби в 12 – 15 міс.

6 - ікла в 17 – 20 міс.

7 - другі корінні зуби в 21 – 24 міс.

Для розрахунку нормальної кількості зубів в перші 2 роки життя користуються формулою: **Кількість зубів = число місяців життя – 4.**

Прорізування молочних зубів закінчується у 2 роки. У 5 – 8 років прорізаються перші постійні зуби – великі кутні (моляри), а в 7 – 8 років починається заміна молочних зубів постійними, яка відбувається в тому самому порядку, що і прорізування.

М'язова система у новонародженої дитини раннього віку розвинута слабо, м'язи складають біля 25 % маси тіла дитини. У новонароджених і дітей перших місяців життя відмічається виражена гіпертонія м'язів, яка зникає в віці 2 – 2,5 міс (на верхніх) та 3 – 4 міс (на нижніх) кінцівках. Новонароджена дитина безпомічна, не тримає голову, не може змінити самостійно положення тіла. Розвиток статичних функцій проходить поступово. В 1 – 1,5 міс дитина повинна утримувати голову.

В 3 – 4 міс – перегортатися з живота на спину.

В 5 міс – перегортатися зі спини на живіт.

В 6 міс – самостійно сидіти.

В 7 міс – повзати.

В 10 міс – самостійно стояти.

В 11 – 12 міс – самостійні перші кроки.

М'язова система до 5 – 7 років розвинута недостатньо. М'язи бідні на скорочувальні білки, жири, неорганічні речовини, багаті на воду, мають добре кровопостачання, краще розтягуються, рідко розриваються. Багате кровопостачання і інтенсивний обмін сприяють швидкому вимиванню з м'язів молочної кислоти, тому функціональна активність їх у здорових дітей достатня, діти більш рухливі, порівняно з дорослими, менше втомлюються.

Фізичний розвиток дитини характеризується масою, зростом, окружністю голови, грудної клітки, живота. Порівняння показників кожної дитини з приблизними віковими нормами дає уяву про його фізичний розвиток. Окружність грудної клітки у новонародженого на 1 – 2 см менше, ніж окружність голови. У віці 4 – 5 міс розміри зрівнюються, окружність грудної клітки збільшується швидше. Окружність живота повинна бути менше на 1 см окружності грудної клітки. Цей показник інформативний до 3 років.

В 1 рік дитина повинна важити біля 10 кг, її зріст має бути біля 75 см.

Для визначення маси тіла дитині до 6 міс використовується формула:

$$\text{НМ} = \text{Мнар} + 800 \times \text{п} \quad \text{п} - \text{кількість місяців}$$

Для визначення маси тіла дитині після 6 міс використовується формула:

$$\text{НМ} = \text{Мнар} + 800 \times 6 + 400 \times (\text{п} - 6) \quad \text{п} - \text{кількість місяців}$$

Для визначення маси тіла дитині до 10 років використовується формула:

$$\text{НМ} = 10 + 2 \times \text{п} \quad \text{п} - \text{кількість років}$$

Для визначення маси тіла дитині після 10 років використовується формула:

$$\text{НМ} = 30 + 4 \times (\text{п} - 10) \quad \text{п} - \text{кількість років}$$

Для визначення зросту дитині старше 1 року використовується формула:

$$\text{НЗ} = 75 + 5 \times \text{п} \quad \text{п} - \text{кількість років}$$

Для визначення зросту дитині до 4 років використовується формула:

$$\text{НЗ} = 100 - 8 \times (4 - \text{п}) \quad \text{п} - \text{кількість років}$$

Для визначення зросту дитині після 4 років використовується формула:

$$\text{НЗ} = 100 + 6 \times (\text{п} - 4) \quad \text{п} - \text{кількість років}$$

В 4 роки зріст орієнтовно 100 см. Окружність голови новонародженого складає 34 – 35 см. Особливо інтенсивно збільшується окружність голови в перші місяці життя. У дитини в 1 рік окружність голови складає 45 – 46 см.

Розвиток мовлення проходить декілька етапів:

1. Підготовчий етап

2-4 міс - агукає

4-5 міс – свірель (співуче, з великою кількістю звуків)

7-8,5 міс – лепет (вимовлення окремих складів)

2. Етап виникнення „сенсорного мовлення” - здатність дитини зв'язувати слово з конкретним предметом.

8,5-9,5 міс – модульований лепет, повторює склади з різною інтонацією, звуконаслідування

3. Етап виникнення „моторного мовлення”

10-18 міс – перші слова, до 1 року- 10-12 слів, звуконаслідування

18-20 міс – зв'язує фрази

20-24 міс – словник доходить до 300 слів

У новонародженого сон носить поліфазний характер. Він засинає і прокидається від 4 до 11 разів на добу. В кінці 1 міс появляється чітка перевага повного сну. Потреба в сні з віком зменшується.

Органи дихання. Слизова оболонка порожнини носа вкрита ніжним епітелієм, багата на кровоносні судини. Навіть невелика гіперемія спричинює у маленької дитини задишку, утруднюючи носове дихання і ссання грудей. Глотка у дитини раннього віку відносно вузька і мала. Слухова трубка, яка з'єднує носову частину з барабанною порожниною, коротка і широка, має більш горизонтальний напрям, що сприяє занесенню інфекції з носової частини глотки до порожнини середнього вуха. Цим пояснюється частота його ураження при захворюваннях верхніх дихальних шляхів у дітей. Найбільшого розвитку лімфоїдна тканина досягає у 4 – 10 років, а до 14 – 15 років відбувається зворотний розвиток мигдаликів. Мигдалики у новонароджених невеликі, розташовані глибоко, повний їх розвиток закінчується до 6 міс. Гортань у дітей раннього віку має лійкоподібну форму і відносно довша. Просвіт її вузький, хрящі піддатливі, слизова оболонка ніжна, багата на кровоносні судини. Голосова щілина вузька і коротка, через що звуження її (стеноз) спостерігається навіть при незначному запаленні слизової оболонки гортані. Легені багаті на сполучну тканину, еластичний каркас розвинений слабо. Цим можна пояснити схильність дітей раннього віку до ателектазів (спадання альвеол). Дихальна поверхня легень у дітей відносно більша. За одиницю часу через легені проходить більше крові, ніж у дорослого. Діафрагма розташована відносно вище, ніж у дорослого. Умови, що утруднюють рухи діафрагми (метеоризм, збільшення печінки) погіршують вентиляцію легень. Тип дихання у новонародженого і дитини на першому році життя діафрагмальний, або черевний, з 2 років дихання змішане – діафрагмально – грудне, а з 8 – 10 років: у хлопчиків черевне, у дівчаток – грудне. Ритм дихання у дітей раннього віку нестійкий, паузи між вдихом і видихом нерівномірні. Частота дихання у новонародженого 40 – 60 за хвилину. З віком дитини частота дихання поступово зменшується. Кашльовий рефлекс у дітей перших днів життя виражен слабо, еквівалентом кашлю є з'явлення піни на губах. Частоту дихання у дітей підраховують, поклавши руку на грудь або живіт, або за допомогою фонендоскопу (піднести його до носа дитини). Дихання через рот у дітей першого року життя майже неможливо, тому що великий язик відтісняє надгортанник кзади.

Органи кровообігу. Серце має відносно велику масу, важить в середньому 20 – 25 г. Збільшення об'єму серця відстає від росту дитини. Відділи серця ростуть нерівномірно (у віці до 2 років збільшується передсердя, з 2 до 10 років – серце в цілому, після 10 років – шлуночки). Лівий шлуночок росте швидше від правого. До 6 років серце має круглу форму, пізніше – овальну. Пульс лабільний. Пульс у дитини визначається на сонній, стегновій, променевої артеріях і в ділянці великого тім'ячка. Судини мають однаковий калібр, широкий просвіт артерій і вен. Вени ростуть швидше. До 12 – річного віку структура судин така сама, як і у дорослих, а у новонародженої дитини судини тонкі. АТ у дітей нижче, ніж у дорослих. У новонароджених максимальний тиск складає 70 – 75 мм рт ст і до 1 року – 80 – 86 мм рт ст. Діастолічний тиск складає звичайно 2/3 або 1/2 від систолічного.

АТ можна визначити за формулою Молчанова:

ДО 1 РОКУ систолічний тиск = 70 + п. де п – кількість місяців життя

ПІСЛЯ 1 РОКУ систолічний тиск = 80 + 2 х п, де п – кількість років

Кровообіг здійснюється майже вдвічі швидше, ніж у дорослого.

Кровотворними органами в ембріональній період життя є печінка, селезінка, кістковий мозок і лімфатична система. Кістковий мозок починає функціонувати тільки з другої половини ембріонального періоду життя і розвивається до моменту народження дитини, є переважним місцем утворення

формених елементів крові. У дитини раннього віку кровотворення відбувається у всіх кістках, але з 4 років червоний кістковий мозок починає перетворюватись в жовтий жировий. До 12 – 15 років в процесі кровотворення приймають участь червоний кістковий мозок, що залишився тільки в плоских кістках – ребра, грудина, в тільцях хребців і в епіфізах трубчатих кісток. Весь дитячий вік за гематологічними показниками умовно поділяють на:

1. Період новонародженості
2. Діти грудного віку
3. Діти старшого віку

Для новонароджених притаманні слідуєчи змінення з боку червоної крові:

- анізоцитоз (різна величина еритроцитів),
- поліхроматофілія (різне забарвлення еритроцитів),
- збільшена кількість ретикулоцитів (молодих форм еритроцитів із зернистістю),
- наявність нормобластів (молодих форм еритроцитів з ядром).

Для дітей грудного віку притаманно:

- переважання лімфоцитів,
- нейтрофільний зсув вліво,
- помірний моноцитоз,
- помірні анізоцитоз і поліхроматофілія.

Для дітей старшого віку притаманно:

- поступово зникають анізоцитоз і поліхроматофілія,
- зростає кількість нейтрофілів,
- зменшується кількість лімфоцитів і моноцитів,
- зникають плазматичні клітки.

На 5 – 6 день життя проходить “перший перехрест” між нейтрофілами і лімфоцитами, в 5 – 6 років – “другий перехрест”.

Нейтрофіли

Н



Л

Лімфоцити

Лімфатична система складається з лімфатичних вузлів, лімфоїдних фолікулів і дифузних скопичень лімфоїдної тканини. У новонародженого лімфовузли більше, ніж у дорослого. Капсула тонка, ніжна, до 12 – 13 років розвиток лімфовузлів закінчується.

Селезінка у дітей багата на кровonosні судини, сполучна тканина розвинута слабо. Основна функція селезінки – утворення лімфоцитів, розпад еритроцитів і моноцитів, ця функція достатньо розвинута в період новонародженості.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

Вік дитини	Кількість дихань за 1 хвилину	Частота скорочень серця за 1 хвилину
Новонароджений	40 – 60	140 – 160
1 – 2 роки	30 – 35	100 – 120

5 – 6 років	25	80 – 100
10 – 12 років	18 – 20	75 – 85
Старше 12 років	16 – 18	65 – 70

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

ВІК	ГЕМОГЛОБІН	ЕРИТРОЦИТИ	ШОЕ	ЛЕЙКОЦИТИ
Новонароджений	230 – 250 г/л	4,5 – 7,5 x 10 ¹² /л	2-3 мм / год	10 – 30 x 10 ⁹ /л
Грудного віку	110 – 120 г/л	3,5 – 4 x 10 ¹² /л	3 – 5 мм/год	10 – 11 x 10 ⁹ /л
Старшого віку	120 – 150 г/л	4 – 5 x 10 ¹² /л	5 – 10 мм/год	6 – 8 x 10 ⁹ /л

Органи травлення. Порожнина рота у дитини в період новонародженості і в перші місяці життя має малий об'єм, язик великий. У товщі щік наявні жирові тіла Біша, які мають велику пружність у зв'язку з переважанням твердих жирних кислот. Слинні залози в 3 – 4 місяці починають функціонувати, з'являється так звана "фізіологічна слинотеча", без автоматизму проковтування слини. Стравохід має лійкоподібну форму, довжина його у дітей різного віку неоднакова: у новонародженої дитини – 10 см, до 1 року – 12 см, у 10 років – 18 см. Шлунок у дітей розміщений горизонтально і тільки у 7 – 10 років набуває вертикального положення, як у дорослих. Ємність його у новонародженого становить 30 – 35 мл, в 1 рік – 200 – 250 мл, у 7 – 8 років – 1000 мл. Кардіальний стискач розвинутий слабо, пілоричний – добре (тому так часто спостерігається зригування). Разом з молоком матері дитина заковтує і деяку кількість повітря (фізіологічна аерофагія). Повітря, що підіймається по стравоходу, підхоплює частину молока, що знаходиться у шлунку, виникає зригування. Для запобігання цього треба надати дитині після годування вертикального положення. Кислотність шлункового соку і ферментативна активність залоз шлунка низькі. В шлунку всмоктується незначна кількість солей, води, глюкози і білка. Моторика шлунку розвинута добре, евакуація жіночого молока з шлунку відбувається за 2 - 3 години, сумішей – за 3,5 – 4 години. Підшлункова залоза має невеликі розміри, її капсула нещільна, вивідні протоки широкі, що сприяє доброму дренажу. Печінка відносно велика і становить 4 – 6 % маси тіла дитини. У 8 – річному віці морфологічна і гістологічна структура її така сама, як і у дорослих. Паренхіма мало диференційована, виражене повнокрів'я (швидко збільшується при патології). У дітей перших 6 місяців життя печінка розташована на 2 – 3 см нижче від реберної дуги, у віці 6 міс – 2 роки – на 1,5 см, 3 – 7 років – 1 см.

Жовчний міхур розташований глибоко, в товщі печінки, має веретеноподібну форму. Жовч містить більше води, пігменту, бідна жовчними кислотами, холестерином і солями. Загальна довжина і площа кишок у дітей більші, ніж у дорослих. Їх довжина в 6 разів перевищує довжину тіла у новонародженої дитини, у дорослого – в 4 рази. Це зумовлює не лише більшу здатність до всмоктування, а й високу проникність для токсинів і мікробів. Брижа довша, тому легко виникають перекути, інвагінації. Фіксація слизового і підслизового шару прямої кишки слабка, що часто спричинює її випадіння при закрепах і тенезмах. Харчовий хімул просувається по кишках впродовж 5 – 12 годин. Частота дефекації при природному вигодовуванні: у віці до 2 міс – 5 – 6 разів на добу, в 2 – 6 міс – 3 – 4 рази на добу, в кінці 1 – го року – 1 – 2 рази. При штучному вигодовуванні частота дефекації менша. До першого годування ШКТ у дитини стерильний. В перші години після народження мікрофлора з'являється в ротовій порожнині, потім в меконії. Характер її в товстої кишці залежить від виду вигодовування. Природне вигодовування дитини сприяє переважанню в кишках біфідобактерій, штучне – кишкової палички. Нормальна флора кишок виконує три основні функції: створює імунний захист, бере участь у кінцевому перетравлюванні їжі, синтезі вітамінів і ферментів.

Сечова система. Маса нирки у новонародженого по відношенню до маси його тіла більше, ніж у дорослого. Чим молодша дитина, тим вище розташований верхній полюс нирки і нижче – нижній її полюс. У дітей раннього віку форма нирок більш округла. В 1 рік маса її збільшується в 2 рази. До народження не всі клубочки сформовані, частина з них не диференційована. Нирки плода починають

функціонувати з 3 місяців внутрішньоутробного розвитку. Лоханки і сечоводи у дітей раннього віку відносно широкі, стінки їх гіпотонічні, внаслідок недостатнього розвитку м'язових і еластичних волокон. При цьому створюються умови для поширення інфекції з сечового міхура на вищі відділи сечових шляхів.

Сечовий міхур у новонароджених розташований в надлобковій ділянці. На 2 –му році життя він спускається в малий таз. Ємність міхура у новонароджених становить 50 мл, в 3 місяці – 100 мл, в 1 рік – 200 мл. Сечівник у хлопчиків довший (5 – 6 см), ніж у дівчаток (1 – 1,5 см). Протягом доби у перші дні після народження буває 4 – 5 сечовипускань. З 3 – го дня вони частішають і на 10 – й день збільшуються до 25 разів на добу, в 1 рік частота сечовипускань – до 15 разів на добу. Для визначення кількості сечі за добу для дітей у віці до 10 років використовують формулу:

$$M = 600 + 100 \times (n - 1)$$

600 – середня добова кількість сечі у дитини віком 1 рік, n – кількість років дитині.

Дистальний відділ сечоводів у новонароджених дуже короткий, довжина внутрішньоміхурового сегмента не перевищує 0,5 см (до 10-12 років -1,5 см), , слабкий розвиток м'язової оболонки і відсутність еластичного шару до 3-х років, все це сприяє розвитку міхурово-сечового рефлюксу.

Сечовипускання є рефлекторним актом, який здійснюється природженими спінальними рефlekсами. Формування умовного рефлексу на сечовипускання і навиків охайності потрібно починати з 5-6-місячного віку, а до року дитина вже повинна проситися на горщик. Проте у дітей до 3-річного віку можна спостерігати мимовільне сечовипускання під час сну, захоплюючих іграх, хвилюваннях.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Що вивчає педіатрія?
2. Які Ви знаєте дитячі лікувально-профілактичні заклади?
3. Які Ви знаєте дитячі навчально-виховні заклади?
4. Які є групи здоро'я?
5. Особливості диспансеризації дитячого населення.
6. Перерахуйте періоди дитячого віку.
7. Що таке безумовні рефлекси?
8. Коли виникають умовні рефлекси?
9. Які перехрести в крові Ви знаєте?
10. Яка частота дихання новонародженої дитини?

ЛЕКЦІЯ №2

ТЕМА: «АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОНОШЕНОЇ НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ ТА ДОГЛЯД ЗА НЕЮ»

ПЛАН

1. Плід і його розвиток. Основні групи захворювань плода.
2. Характеристика та ознаки доношеної новонародженої дитини.
3. Принципи медичного догляду за новонародженою дитиною згідно чинного наказу МОЗ України від 04.04.2005 № 152
4. Вигодовування новонароджених.

Актуальність теми: Знання анатоми – фізіологічних особливостей органів і систем доношеної дитини, закономірностей нервово – психічного та фізичного її розвитку необхідні кожній сестрі медичній для подальшої фахової діяльності з метою формування гармонійного розвитку молодого покоління, зниження дитячої захворюваності і смертності.

ЗМІСТ

1. Плід і його розвиток. Основні групи захворювань плода

Народження дитини для кожної жінки - чи не найголовніша, найважливіша, найбільш значима подія. Це дата, з якої починається відлік нового життя. Це одне з найсильніших переживань, яке мама навряд чи колись забуде. І, звичайно, кожній жінці хочеться, щоб спогади про такий момент були світлими, добрими, радісними. Мати носить дитину 9 місяців у своєму тілі, два роки на руках і усе життя у своєму серці. Піклування про здоров'я майбутньої дитини повинно здійснюватися ще до її народження, оскільки життя людини починається не з дня її появи на світ, а з перших днів внутрішньоутробного розвитку. Вагітність триває 270 – 280 днів. В ній виділяють 1) фазу ембріонального розвитку (перші 1,5 – 2 міс) – формування плода, закладення основних органів. 2) фазу плацентарного розвитку (з 3-го до 10 міс) – ріст плода: збільшується ріст, вага. Розрізняють три основні групи захворювань під час внутрішньоутробного періоду розвитку плода – гаметопатії, ембріопатії, фетопатії. **Гаметопатії** – це спадкові захворювання, що виникають через ураження статевих клітин батьків, які проявляються хромосомними і генними мутаціями. Близько 20% самовільних абортів зумовлені хромосомними аномаліями. У новонароджених найчастіше зустрічають такі хромосомні захворювання, як хвороба Дауна, синдром Шерешевського – Тернера. **Ембріопатії** – виникають внаслідок впливу несприятливих факторів навколишнього середовища на зародок (порушення, що виникли в період від 15 діб до 8 тижня ембріонального розвитку). Як наслідок з'являються серйозні природжені вади, які часто несумісні з життям (природжені вади серця, дефекти або відсутність кінцівок, вади розвитку центральної нервової системи, зарощення стравоходу, кишок, розщеплення піднебіння, губ та інші. **Фетопатії** – захворювання плода, які виникають внаслідок шкідливих впливів на нього після 10 –го тижня вагітності і до початку пологів. Ураження плода у ранньому фетальному періоді найчастіше спричиняється збудниками токсоплазмозу, сифілісу, гепатиту. Вади розвитку можуть викликати ліки, патологічний стан здоров'я матері, неповноцінне харчування матері, ендокринні захворювання вагітних, зловживання алкоголем. Такий вигляд мають діти з алкогольним синдромом плода.

2. Характеристика та ознаки доношеної новонародженої дитини. Доношеною новонародженою дитиною називається дитина, яка пройшла цикл внутрішньоутробного розвитку 270 – 280 днів (37 – 40 тижнів), строком гестації 37 – 40 тижнів, народилася в термін, масою тіла в середньому 3000 – 3500 г, довжиною тіла 47 – 52 см, і є функціонально зрілою (виражені рефлекси, розвиток органів і систем відповідає віку). На сьогоднішній день береться до уваги не маса тіла новонародженої дитини, а строк гестації(термін виношування вагітності).Відразу після народження стан немовляти оцінюється по 10-бальній шкалі Апгар. Апгартест названий на честь його творця американського лікаря Вірджинії Апгар. В даний час він застосовується в усьому світі. Дитина отримує оцінки від 0 до 2 балів із наступних п'яток

показників: частота серцевих скорочень, дихальні рухи, м'язовий тонус, рефлексії і колір шкіри. Сумарна оцінка 9—10 балів — оптимальна, 7—8 — норма, 5-6 — невеликі відхилення, 4-0 — сильні відхилення в стані дитини.

Ознаки доношеності: маса тіла в середньому - 3000 – 3500 г. Довжина тіла в середньому – 47 – 52 см, обвід голови – 34 – 36 см, обвід грудної клітки – 32 – 34 см, шкіра рожева з ціанотичним відтінком, дещо набрякла, покрита сирнистим мастилом в складках, на плечиках є пушком, добре виражена підшкірно – жирова клітковина. Голосно кричить, рухи хаотичні, активні. Лицева частина черепа менша ніж мозкова, очі напіввідкриті, повіки припухлі. Пупкове кільце знаходиться посередині між лоном і мечоподібним відростком. Довжина волосся на голові сягає до 2 см, нігтеві пластинки покривають нігтеве ложе, добре виражені безумовні рефлексії (оральні – пошуковий, смоктальний, хоботковий, долонно – ротовий), спінальні – захисний (повертає голову на бік в положенні на животі), опори (стоїть на всій стопі при підтримці), автоматичної ходи, автоматичного повзання, хапальний, охоплюючий (Моро), Бабінського (штрихове подразнення зовнішнього краю підшв стопи в напрямку від п'яти до пальців викликає тильне розгинання великого пальця і підшвенне згинання останніх пальців, рефлекс залишається до 2 років). У хлопчиків яєчка опущені в калитку, у дівчаток малі статеві губи прикриті великими статевими губами. Вушні раковини пружні, не щільно прилягають до черепа. Виражений м'язевий гіпертонус м'язів згиначів (ручки і ножки приведені до тіла). Шкіра у щойно народженого немовляти покрита первородним мастилом сірувато-білого кольору, яке оберігає її у внутрішньоутробному періоді від впливу навколоплідних вод і полегшує проходження через родові шляхи матері. У перші хвилини після народження шкіра має блідо-синюшний відтінок. Як тільки дитина починає дихати, шкіра рожевіє. На плечах і спинці новонародженого є дрібні пушкові волосинки. У новонародженого малюка посилено працюють сальні залози, а потові залози розвинені недостатньо. Сполучна тканина розвинена слабо, шкіра добре васкуляризована, Шкіра малюка ніжна, тонка, легко ранима і тому схильна до різних захворювань, має понижену захисну функцію. При неправильному догляді на ній легко з'являються пітниця і попрілості. Шкіра є органом дихання, має добрі видільні властивості. Через шкіру дитина відчуває тепло і холод, дотик і біль. Підшкірний жировий шар у малюка до моменту народження добре розвинений і відрізняється великою щільністю. Це надає його шкірі пружність і еластичність. Якщо спробувати зібрати її в складку, то вона моментально розправляється. Теплова регуляція менш досконала, ніж у дітей старшого віку. Температура тіла новонародженого нестійка і коливається в залежності від умов зовнішнього середовища.

Кістково-м'язова система. М'язова система розвине слабо. Фізіологічне підвищення тону м'язів згиначів утримується до 2-4 місяців. Тіло малюка як би ще прагне зберегти внутрішньоутробне положення - із зігнутими і приведеними до тулуба руками і ногами. При їх розгинанні відчувається деякий опір - фізіологічна гіпертонія м'язів, яка поступово пройде. Кістки містять багато води і мало мінеральних речовин, вони м'які, еластичні, менш ламкі. При проходженні плода через родові шляхи матері кістки черепа можуть "заходити" одна за одну. Завдяки цьому розміри голови зменшуються, що значно полегшує пологи. Така деформація черепа часто зберігається ще деякий час після пологів. Шви черепа відкриті, навні шість джерелець: переднє, заднє і по два з кожного боку. Термін закриття: заднє – до 2-3 міс, переднє – до 1 – 1,5 року. Хребет у новонародженого без згинів, тому ліжечко повинно мати тверду поверхню, дитина повинна спати без подушки.

Нервова система. Головний мозок новонародженого великий, але його відділи, нервові клітини, що складають тканину мозку, розвинені недостатньо. Малюк народжується на світ з вродженими безумовними рефлексями (ковтання, сання, захисний, пошуковий, долонно – ротовий та ін) До моменту народження всі рецептори, що сприймають подразнення і нервові закінчення в організмі дитини, готові до елементарного функціонування. Малюк добре реагує на яскраве світло. Чує сильні звуки. Смакові рецептори розвинені добре, нюх розвинений слабо, слух понижений, але на сильні звуки дитина реагує. У міру зростання дитини, розвитку центральної нервової системи та взаємодії з навколишнім середовищем виникають нові рефлексії, які вже є умовними (набутими).

Органи дихання починають функціонувати з моменту народження. В утробному періоді газообмін

здійснюється за допомогою плацентарного кровообігу. Під час пологів плацентарна циркуляція порушується, знижується поступлення кисню в організм дитини, внаслідок чого у нього в крові і тканинах накопичується вуглекислота, яка різко збуджує дихальний центр у довгастому мозку дитини. Наступає скорочення діафрагми, скелетних м'язів, які беруть участь у диханні, розправляються легені і в цей момент проходить перший вдих, що супроводжується криком немовляти, Дихання малюка поверхнєве і прискорене (40 - 60 дихальних рухів за хвилину). Носові ходи у народженого немовляти вузькі, хрящі гортані і трахеї тонкі і податливі. Вистилає їх слизова оболонка, яка добре васкуліризована, схильна до набряків. Легені бідні еластичними волокнами. В акті дихання реброва мускулатура і м'язи живота майже не беруть участь, як це спостерігається у дорослих. Грудна клітка бочкоподібної форми. Ребра складаються переважно з хрящів, дуже податливі і м'які. До хребта ребра у новонародженого прикріплені не косо, як у дорослих, а майже горизонтально. У зв'язку з цим при диханні грудна клітка недостатньо розширюється.

Серцево-судинна система З моменту народження - першого вдиху і припинення плацентарного кровообігу - проходять значні зміни течії крові. Закриваються зародкові кровеносні шляхи: артеріальна протока, овальний отвір, залишки пупкових судин, починає функціонувати мале і велике коло кровообігу. Внутрішньотрубно – змішана кров, після народження – венозна і артеріальна. Серце розміщується високо, а його розміри відносно грудної клітки значно більші, ніж у дорослих. Пульс у новонародженої дитини 140-160 за 1 хвилину, для нього характерні лабільність, аритмія. Максимальний артеріальний тиск у новонародженого 70 - 74 мм рт. ст., мінімальний - 35-50 мм рт. ст.

Кров і органи кровотворення. В ембріональному періоді гемопоез переважно відбувається в печінці, (екстрамадулярне кровотворення) и з 4 місяця внутрішньо -трубного розвитку кровотворними органами поряд з печінкою є кістковий мозок, селезінка і лімфатична система. У новонародженого основним гемопоетичним органом є червоний кістковий мозок (у всіх кістках – медулярне кровотворення). Після 4-х років червоний кістковий мозок починає перетворюватися у жовтий. Відразу після народження к-сть еритроцитів становить 5-7 $10^{12}/л$, рівень гемоглобіну 170 – 240 г/л, з 2-го дня життя ці показники поступово зменшуються. У перші дні переважають нейтрофіли, наприкінці тижня кількість їх зрівнюється з лімфоцитами - настає так званий «перший перехрест». Надалі кількість лімфоцитів зростає. На 5-6 рік життя дитини відбувається другий перехрест в крові, і формула крові стає такою, як в дорослих.

Система травлення. Порожнина рота у новонародженого порівняно невелика. На губах знаходяться тверді валики, що сприяють захопленню соска. Язик великий. Слинні залози розвинені слабо. Зуби відсутні. Слизова оболонка яскраво-червона через велику кількість кровеносних судин і їх поверхнєве розташування. На слизовій оболонці губ є смоктальні "подушечки", які беруть участь в акті ссання. Сила смоктальних рухів малюка є показником його здоров'я. Першим симптомом будь-якого захворювання новонародженої дитини є мляве смоктання або відмова від грудей! Стравохід невеликий - довжина його всього 10-12 см. Шлунок розташований майже вертикально, що приводить до частих зригування. М'язи кардіальної частини шлунка розвинені слабо, м'язи воротаря сильніше (зригування). Спорожнення шлунка сповільнене. Чутливість його слизової оболонки підвищена. Шлунковий вміст у новонароджених порівняно із дорослими характеризується зниженою кислотністю і ферментативною активністю, проте сичужного ферменту виробляється достатньо. М'язова і еластична тканини в стінці шлунка розвинені недостатньо. Стінки кишечника у новонародженого легко прохідні для мікроорганізмів. У перші дні після народження з кишечника виділяється первородний кал - меконій, який утворюється з 4-го місяця внутрішньотрубного життя. Меконій являє собою темно-оливкову, тягучу, без запаху масу, що складається з виділень травного каналу, епітелію і фільтрату проковтнутих навколоплідних вод. Потім з'являється так званий перехідний стілець - зеленувато-коричневий кал слизового характеру, а ще через 1-2 дня - нормальні випорожнення золотисто – жовтого кольору, кашкоподібної консистенції, 2-3 рази на добу.

Сечова система. Нирки у новонародженого розвинені добре. У перші дні життя – фізіологічна олігурія, яка зумовлена недостатнім надходженням в організм рідини - кількість сечі коливається від 30 до 50 мілілітрів на добу. Перші порції сечі безбарвні або мають слабкий жовтуватий відтінок. А вже до

кінця першого тижня воно зростає до 20 разів на добу. Місткість сечового міхура у новонародженого невелика. З моменту народження і до 28 дня життя дитини триває період новонародженості — це період пристосування дитини до умов зовнішнього середовища, який характеризується фізіологічною перебудовою всіх функціональних систем організму: появою самостійного дихання, зміною кровообігу, становленням фізико-хімічних та морфологічних параметрів крові, пристосуванням до (грудного) вигодовування. Це визначає і своєрідність цього періоду, і необхідність знань його особливостей. Основні функції організму перебувають в стані нестійкої рівноваги, яка може легко порушуватись. Деякі фізіологічні процеси можуть перейти в патологічні зміни в організмі новонароджених дітей, які відображають пристосування до нових умов життя, називаються перехідними (транзиторними) фізіологічними станами. Вони бувають тільки у новонароджених і пізніше ніколи не повторюються. Ці стани називаються пограничними, оскільки вони межують з патологією і при несприятливих умовах можуть перейти в те чи інше захворювання.

Поділяється:

- ранній неонатальний період – до 7 дня життя
- пізній неонатальний період – від 7 до 28 дня життя

Фізіологічні (перехідні, транзиторні) стани новонароджених:

Транзиторна (фізіологічна) втрата початкової маси тіла

Токсична еритема

Фізіологічна еритема

Транзиторна (фізіологічна) гіпербілірубінемія

Транзиторна гіпертермія

Статеві кризи

Сечокислий інфаркт нирок

Транзиторний дисбактеріоз і транзиторний катар кишок

Фізіологічна втрата маси тіла спостерігається в усіх новонароджених. Причини: недоїдання дитини у перші дні життя із-за недостатньої лактації і слабого смоктання грудей, втрати води з сечею, випорожненнями, через легені і шкіру, висихання пуповинного залишку, іноді зригування. Якщо дитина втратила у масі більш як 10% від маси при народженні то це буде вже відхиленням від норми. Дитина повинна набрати свою масу таку як при народженні на 8-10 день життя. **Фізіологічний катар шкіри або еритема** – гіперемія шкіри дитини, розвивається в результаті подразнення шкіри в зв'язку з новими умовами зовнішнього середовища. Це веде до розширення капілярів шкіри, яке триває 2-3 доби, загальний стан дитини не порушується. висипання зникають, не залишаючи ніяких слідів на шкірі. **Токсична еритема** зустрічається у 25—50 % новонароджених. Має вигляд невеликих, щільних сірувато-білих папул або пухирців з прозорою рідиною, оточених рожевим вінчиком. Вони з'являються на 2—3-й день життя і розміщуються групами на кінцівках, тулубі, волосистій частині голови. Токсичну еритему пояснюють здебільшого алергічною реакцією на білки материнського молока. **Фізіологічна жовтяниця** розвивається у новонароджених на 2-3 день і зникає на 7-10 день як результат розпаду частини еритроцитів і функціональної неповноцінності печінки, яка не може забезпечити виділення з організму великої кількості білірубіну. Її слід відрізнити від патологічної, яка буває при гемолітичній хворобі новонароджених на ґрунті Rh або ABO несумісності між кров'ю матері і плоду. При фізіологічній жовтяниці дітям слід давати пиття розчину глюкози, 0,9% ізотонічний розчин хлориду натрію разом з 100-200 мг аскорбінової кислоти по 50-100 мл на добу. Які дослідження слід зробити дитині з метою діагностики жовтяниці? Аналіз крові на непрямий білірубін, еритроцити, гемоглобін, Rh-приналежність дитини, групу крові, титр антитіл у крові матері. **Сечокислий інфаркт нирок.** На 3-4 день з сечею у дитини виділяється багато солей, на пелюшках залишаються коричневаті-червоні плями у вигляді осаду піску. Це виділення солей уратів, яке зв'язане з розпадом клітинних елементів, підвищенням основного обміну, згущенням крові. При збільшенні діурезу інфаркт зникає на 2 тижень життя. **Статевий криз** (набухання молочних залоз дитини, кров'янисті виділення з піхви у дівчаток, набряк калитки у хлопчиків). Це пов'язано з переходом естрогенних гормонів від матері до дитини в останні тижні

внутрішньоутробного розвитку і з грудним молоком після народження. Нагубають молочні залози до розмірів горошини. При натисканні – виділяється рідина молочного кольору, зникає через 2-3 тижні, лікування не вимагає. При кров'янистих виділеннях з піхви дівчаток потрібно підмивати теплим розчином перманганату калію 1:8000 спереду дозад. **Транзиторна гарячка** може виникнути на 3 - 4 день життя, у дитини підвищується температура до 39 - 40°C, неспокій, вона відмовляється від грудей. Пояснюється недостатнім поступленням води при високому вмісту білка в молозиві, недосконалість терморегуляції і перегрівання. Дітям призначають пиття 5% розчину глюкози, розчину Рінгера, фізіологічного розчину з розрахунку до 50 мл на 1 кг маси в добу, розпеленати дитину. **Транзиторний дисбактеріоз і транзиторний катар кишок.** Бувають у всіх немовлят. При неускладненій вагітності плід стерильний. Але в момент народження на шкіру і слизові оболонки поселяється флора з пологових шляхів матері. Дальшим джерелом є повітря, руки персоналу, предмети догляду. Транзиторний катар кишок – це розлад випорожнень, який спостерігається у всіх новонароджених всередині першого тижня вагітності.

3. Принципи медичного догляду за новонародженою дитиною згідно чинного наказу МОЗ України від 04.04.2005 № 152. Догляд за доношеною новонародженою дитиною здійснюється згідно: НАКАЗУ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ від 04.04.2005 № 152 Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною.

ПРИНЦИПИ МЕДИЧНОГО ДОГЛЯДУ ЗА НОВОНАРОДЖЕНОЮ

- первинний огляд і догляд за новонародженим немовлям,
- зменшення втрат тепла (тепловий ланцюжок),
- спільне перебування з матір'ю,
- раннє грудне вигодовування,
- догляд за залишком пупкового канатика і шкірою,
- вакцинація.

Перший туалет новонародженого: відразу після народження дитину необхідно викласти на низ живота матері, обсушити її голову й тіло попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, одягнути чисту шапочку і шкарпетки, вкрити сухою чистою пелюшкою та ковдрою. Після закінчення пульсації пупкового канатика, але не пізніше як через 1 хв після народження дитини, акушерка в стерильних рукавичках повинна перетиснути та перерізати пупковий канатик і за умови задовільного стану дитини покласти її на груди матері. З появою пошукового і смоктального рефлексів (дитина підводить голову, розтуляє рот, шукає материнські груди) необхідно здійснити перше прикладання до грудей. Через 30 хв після народження слід виміряти температуру тіла дитини в аксиллярній ділянці електронним термометром. Після контакту матері й дитини "очі в очі", але не пізніше 1-ї години життя, після необхідного оброблення рук слід провести профілактику офтальмії 0,33 % тобрекс, 0,5% еритроміциновою або 1% тетрацикліновою маззю одноразово.

Медичне спостереження в пологовій залі. Контакт "шкіра до шкіри" відбувається не менше як 2 год в пологовій залі за умови задовільного стану матері й дитини. Після завершення контакту дитину потрібно перекласти на зігрітій сповивальний стіл, провести клеювання пупкового канатика, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітки, зважування. Під час перерізання та клеювання пупкового канатика необхідно чітко дотримуватися таких основних принципів: ретельно вимити руки, використовувати тільки стерильний інструментарій і рукавички, чистий одяг для дитини, не накривати залишок пупкового канатика, пупкову ранку підгузником. Стерильну одноразову клею накладають на 0,3-0,5 см вище від пупкового кільця. Обробляти залишок пупкового канатика антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері й дитини "шкіра до шкіри" з подальшим їх спільним перебуванням не варто. Але якщо такі умови відсутні, рекомендується обробити залишок пупкового канатика, а потім пупкову ранку 1 % розчином брильянтового зеленого. Перше зважування новонародженої дитини здійснюють у пологовій залі після контакту "шкіра до шкіри" та прикладання до грудей перед переведенням дитини в палату спільного перебування матері й дитини. Обвід голівки вимірюють стерильною сантиметровою стрічкою по лінії від надбрівних дуг до найбільшого виступу потилиці. Для визначення обводу грудної клітки верхній край сантиметрової

стрічки прикладають до нижнього краю грудного кружальця, а ззаду до нижнього краю лопатки. Довжину тіла вимірюють від найвищої точки голови до п'ят, які необхідно поставити перпендикулярно до поверхні, на якій лежить дитина. Також проводять ідентифікацію дитини, одіваємо браслети на яких вказуємо ПІІ матері, час і дату народження дитини, стать. Після цих маніпуляцій дитину одягають в чисті повзуни, сорочку, шапочку, шкарпетки, рукавички. За умови задовільного стану дитину разом із матір'ю накривають ковдрою і перевозять у палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка. Ланцюжок – це означає, що він не переривається, інакше дитині загрожує переохолодження.

Є десять кроків теплового ланцюжка:

1. Тепла пологова кімната, де температура не нижча 25 – 28 градусів Цельсія, чиста, без протягів.
2. Негайне обсушування дитини сухими стерильними, попередньо підігрітими пелюшками.
3. Контакт « шкіра до шкіри », що сприяє колонізації організму дитини флорою матері.
4. Грудне вигодовування.
5. Відкласти зважування та купання. Купати дитину краще в домашніх умовах.
6. Правильно одягнути та загорнути дитину.
7. Цілодобове спільне перебування матері та дитини. За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні, що забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії.
8. Транспортування в теплих умовах.
9. Реанімація в теплих умовах.
10. Підвищення рівня підготовки та знань.

Тепловий ланцюжок потрібно забезпечувати на всіх етапах перебування новонародженої дитини: пологова зала, палата спільного перебування матері й дитини, транспортування. Оптимальною температурою вважають 25-28°C. Недотримання теплового захисту підвищує ризик розвитку у новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

Спільне перебування матері та новонародженого передбачає перебування матері й дитини в одній кімнаті протягом 24 год на добу з моменту народження до моменту виписування зі стаціонару. Воно включає грудне вигодовування на вимогу дитини, догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини, обґрунтоване обмеження втручань з боку медичного персоналу, виконання усіх призначень і маніпуляцій у присутності та за згодою матері.

Протипокази для спільного перебування матері і дитини: З боку матері:

- Пізні токсикози вагітності.
- Екстрагенітальні хвороби в стадії декомпенсації.
- Оперативні втручання з порушенням гомеостазу.
- Гострі інфекційні захворювання.
- Розрив промежини III ст.

З боку дитини:

- Недоношеність
- Вроджена гіпотрофія III ст.
- Асфіксія (помірна і тяжка).
- Пологова травма з порушенням діяльності життєвоважливих органів.
- Вроджені вади.
- Гемолітична хвороба новонародженого.
- Синдром дихальних розладів II-III ст

Температуру тіла дитини вимірюють двічі на добу — спочатку медична сестра, а потім мати, попередньо навчена цій процедурі. Догляд за шкірою передбачає щоденний її огляд, а також підмивання новонародженого теплою проточною водою, причому дівчаток спереду в напрямку до сідниць. Спочатку це виконує медична сестра, навчає матір, яка потім це робить самостійно. Недоцільно без медичних

показань використовувати для догляду за шкірою присипки, мазі тощо. Перше купання здійснюють у домашніх умовах. Залишок пупкового канатика потрібно підтримувати завжди сухим і чистим. У разі його забруднення (залишками сечі, випорожненнями) необхідно відразу вимити залишок пупкового канатика теплою перевареною водою з милом і ретельно просушити чистою пелюшкою або серветкою. Щоденного зважування здорова доношена дитина не потребує, але перед виписуванням зі стаціонару воно є обов'язковим. Під час догляду за новонародженими, виконання будь-яких маніпуляцій необхідно ретельно обробити руки — вимити їх з милом або використати засоби гігієнічної антисептики. Під час миття рук необхідно дотримуватися таких правил: зняти всі прикраси і під помірним тиском теплої води енергійно намити руки і терти одну з одною не менш як 15 с, намагаючись охопити всю поверхню долонь і пальців, після чого добре сполоснути; висушити руки паперовим рушником, з допомогою якого закрити кран. Для висушування рук забороняється користуватися загальним рушником багаторазового користування. Для миття рук необхідно застосовувати рідинне мило з дозатором. Гігієнічну антисептику проводять із застосуванням водних чи спиртових (останнє ефективніше) розчинів антисептиків.

4. Вигодовування новонароджених

Після переведення дитини з пологової зали медична сестра повинна навчити матір правилам грудного вигодовування: підборіддя дитини має торкатися груді, рот широко відкритий, нижня губа вивернута назовні, дитина більше захоплює нижню частину грудного кружальця. Годувати «на вимогу» — значить, давати малюку їсти, коли він голодний, а не по режиму. Голод — це нове відчуття для дитини: в утробі матері його «підгодовували» постійно. Тепер же він вимушений подовгу обходитися без їжі. Його системі травлення ще важко справитися з великою кількістю їжі, що надходить через довгі інтервали. Тому на перших порах основне правило — годувати потроху і часто. Якщо Ви будете примушувати малюка чекати годування, після того, як він сам попросив, ні до чого хорошого це не приведе — він так настраждається, що не буде смоктати і його довго доведеться заспокоювати. Відгукуючись на прохання малюка, Ви не балуєте його. У перші тижні він прокидається і плаче, тому що зголоднів. У міру зміцнення системи травлення і зростання шлунка збільшуються інтервали між годуваннями і кількість їжі. **ЧАСТОТА ГОДУВАНЬ НОВОНАРОДЖЕНОГО.** Вимагати їжу малюк буде, як тільки відчує голод. Спочатку ці вимоги будуть вельми частими. У новонароджених немає чіткого «розкладу». На 3-4-й день годувати доведеться кожні 2-3 години, в денний час разів вісім, не вважаючи коротких вечірніх годувань. Вночі, напевно, треба буде годувати разів 2-3, тому що немовлята до шеститижневого віку рідко сплять більше 5-ти годин підряд. Діти, яких годують грудьми, зазвичай вимагають їжу частіше, ніж ті, що на штучному годуванні, оскільки грудне молоко засвоюється легше і швидше, ніж молочна суміш. Через три місяці малюк, швидше за все, вже зможе пристосуватися до режиму годування з інтервалами в 3,5-4 години: п'ять разів вдень і 1-2 рази протягом ночі. Якщо Ви годуєте молочною сумішшю, можливо, вдасться перейти на цей режим трохи раніше. **Вакцинацію проти гепатиту В, туберкульозу** здійснюють за умови отримання згоди матері. **Вакцинації проти гепатиту В** підлягають всі здорові новонароджені діти до виписування з пологового стаціонару. Її виконують безпосередньо в палаті після огляду дитини неонатологом із письмовим обґрунтуванням призначення вакцинації в картці розвитку новонародженого (Ф 0917/о). Вакцину вводять внутрішньом'язово у передньобічну поверхню стегна (чотириголовий м'яз). У тих випадках, коли дитині не зробили щеплення одразу після народження, це варто виконати протягом одного місяця. **Вакцинацію проти туберкульозу** проводять усім новонародженим на 3-ю-4-у добу за винятком: 1) якщо дитина хвора, імунізацію проводять після одужання й обов'язково до виписування з лікарні; 2) якщо мати хвора на активний туберкульоз легень і отримувала лікування менше 2 міс. До пологів або в неї діагностовано туберкульоз після народження дитини, урахувавши високий ризик інфекції у новонародженого, вакцинацію не проводять, а призначають профілактичну дозу ізоніазиду 5 мг/кг всередину 1 раз на добу; 3) якщо при народженні недоношеної дитини маса її тіла становить менш як 2000 г, вакцинацію обов'язково здійснюють після досягнення маси тіла 2000 г до виписування з пологового будинку. Щеплення виконує спеціально підготовлений медичний персонал безпосередньо в палаті після огляду дитини неонатологом із письмовим обґрунтуванням призначення вакцинації в картці розвитку новонародженого (Ф 097/о). Дані про щеплення, отримані в пологовому будинку (дата, серія,

термін придатності), фіксують у виписку з картки новонародженого, необхідно також вказати характер загальних і місцевих реакцій, якщо вони були. Відповідно до інструкції проводять **скринінгове обстеження новонароджених дітей на фенілкетонурію та гіпотиреоз**. Для профілактики **геморагічної хвороби** новонароджених усім дітям у 1-у добу життя призначають вітамін К у дозі 1 мг внутрішньом'язово або 2 мл всередину. **Новонароджене немовля може бути виписане на 3-ю добу життя за такими критеріями:**

- загальний стан задовільний;
- температура тіла в межах 36,5—37,5 °С;
- добрий смоктальний рефлекс;
- залишок пупкового канатика чи ранка сухі й чисті без ознак запалення;
- проведена вакцинація проти туберкульозу та гепатиту В, дитина обстежена на фенілкетонурію та гіпотиреоз;
- мати чи інші члени родини мають достатні навички догляду за дитиною;
- мати поінформована про запобігання синдрому раптової смерті;
- мати поінформована про загрозливі стани дитини, у разі яких негайно треба звертатися по медичну допомогу: дитина погано смокче груди, виникають судоми, часте або утруднене дихання, гіпо- чи гіпертермія, почервоніння чи нагноювання пупкової ранки, гіпотонія або підвищена збудливість дитини, блювання або діарея;

У день виписування зі стаціонару необхідно дитину зважити, правильно оформити виписку з картки новонародженого. У ній має міститися необхідна інформація та рекомендації щодо забезпечення наступності під час спостереження за здоровою доношеною дитиною медичними працівниками лікувально-профілактичного закладу за місцем її проживання

Особливості спостереження за новонародженою дитиною на лікарській дільниці

У перші дві доби дитину мають оглянути дільничний педіатр (лікар загальної практики, сімейної медицини), патронажна медсестра або фельдшер, щоб оцінити її стан, визначити наявність жовтяниці, інших межових станів, стан залишку пуповинного канатика або пупкової ранки, стан шкіри, характер дихання та серцевої діяльності, частоту випорожнень і сечовипускань. Особливу увагу звертають на активність смоктання, правильність грудного вигодовування, догляду за дитиною.

ПИТАННЯ ДЛІА САМОКОНТРОЛЮ

1. Яка дитина називається доношеною новонародженою дитиною?
2. Перерахуйте ознаки поношеності.
3. Що таке перехідні стани.
4. Які перехідні стани Ви знаєте?
5. Згідно якого наказу проводиться догляд за здоровою доношеною дитиною?
6. Які профілактичні щеплення проводять дитині в пологовому будинку?
7. Що вводиться з метою профілактики геморагічних захворювань?
8. Яким чином проводиться ідентифікація дитини?
9. Коли проводиться виписка доношеної дитини з пологового будинку?
10. Які критерії враховуються при виписці доношеної дитини з пологового будинку.

ЛЕКЦІЯ №3

ТЕМА: «АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕДОНОШЕНОЇ НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ ТА ДОГЛЯД ЗА НЕЮ»

ПЛАН

1. Причини та ознаки недоношеності.
2. Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем недоношеної дитини.
3. Виходжування недоношеної дитини згідно наказу МОЗ України № 584 від 29.08.2006 р. «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні».
4. Основні принципи диспансеризації недоношених дітей.

Актуальність теми: невиношування вагітності – один з найважливіших перинатальних факторів ризику, оскільки визначає народження недоношеної дитини. Тільки одні з 20 пологів в середньому відбуваються передчасно, проте кожні 2 з 3-х випадків смерті дитини в перинатальному періоді пов'язані з недоношеністю. Незважаючи на всі досягнення сучасних акушерства й перинатології, жодній країні світу не вдалося принципово знизити цей показник протягом останніх 10 років. Недоношена дитина завжди вимагає ретельної уваги медичного персоналу, оскільки в процесі її виходжування нерідко виникає ряд проблем. Ризик смерті передчасно народженої дитини в 40 разів перевищує відповідний показник для доношеної дитини, причому він значною мірою залежить від ефективності надання медичної допомоги. Вживання безпосередньо залежить від терміну гестації та маси при народженні.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЇ

1. Причини та ознаки недоношеності

В 1948 році перша сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я прийняла визначення недоношеності, що ґрунтувалось на вимірюванні маси тіла. Згідно прийнятому рішенню, недоношеними вважались діти, що мали масу тіла при народженні 2500 г і менше. Проте маса дитини в кожному конкретному випадку не може служити критерієм доношеності і недоношеності. Є випадки, коли спостерігається макросомія плода і діти народжуються з масою тіла 2700-3000 г при передчасних пологах. І, навпаки, результатом термінових пологів може бути народження дитини з внутрішньоутробною затримкою розвитку (маса менше 2500 г). В 1961 році Комітет експертів ВООЗ визначив, що недоношеними є діти, які народились між 28-м і 38-м тижнями вагітності з масою тіла 1000-2500 г, зростом 35-45 см. Пологи, що відбулись раніше 26-го тижня вважаються викиднем, а дитина – плодом. Проте дане визначення також мало свої недоліки. У випадках, коли маса тіла недоношеної дитини перевищувала 2500 г неонатологи змушені були “приховувати” надлишок маси в медичній документації, що створювало певні труднощі в спостереженні за динамікою маси тіла. На сьогоднішній день, беручи до уваги стандарти ВООЗ, в усьому світі дитиною вважають маля, яке з моменту зачаття має 22 тижні та важить 500 г. Із 1 січня 2007 року Україна перейшла на міжнародні правила статистики.

Недоношена новонароджена дитина-дитина яка народилася у термін вагітності з 22-го повного до 37-го тижня (154-259 повних діб, рахуючи від першого дня останнього нормального менструального циклу) незалежно від маси тіла та зросту дитини при народженні.

Залежно від маси тіла при народженні розрізняють:

<i>немовлят з малою масою тіла</i>	<i>< 2500г</i>
<i>немовлят з дуже малою масою</i>	<i><1500 г</i>
<i>немовлят з надзвичайно малою масою</i>	<i><1000г</i>
<i>«мікро новонароджених»</i>	<i><800 г</i>

Класифікація недоношених новонароджених за ступенем недоношеності в сучасній неонатології не використовується. **Маса тіла недоношеної дитини є допоміжним критерієм в оцінці внутрішньоутробного розвитку. В нормі певному терміну гестації відповідає певна маса тіла при**

народженні.

Залежність маси тіла від терміну гестації:

35-37 тижнів – 2001-2500 г;

32-34 тижні – 1501-2000 г;

29-31 тиждень – 1001-1500 г;

26 тижнів і менше – менше 1000 г.

Якщо маса тіла дитини не відповідає терміну гестації, це вказує на вроджену гіпотрофію чи вроджену паратрофію (макросомію) і вимагає тієї чи іншої корекції у виходженні цієї групи дітей

Причини невиношування. Встановлення причини передчасних пологів нерідко викликає значні труднощі навіть при ретельному зборі анамнезу. Тому нерідко кажуть про ймовірну причину передчасних пологів. В деяких випадках діє комплекс причин, ведучу з яких виділити досить складно.

Виділяють 3 основних групи причин (факторів), що впливають на частоту невиношування:

I група –соціально-економічні і демографічні фактори:

1. Харчування вагітної.
2. Характер медичного обслуговування.
3. Професійні шкідливості.
4. Сімейний стан матері, заходи її сім'ї.
5. Небажана вагітність.
6. Кліматичні та сезонні фактори.

II група – соціально-біологічні фактори:

1. Вік батьків;
2. Шкідливі звички батьків;
3. Число попередніх медичних абортів, наявність спонтанних абортів;
4. Інтервал між пологоми;
5. Результат попередньої вагітності, звичне невиношування;
6. Багатоплідна вагітність.

III група – клінічні фактори:

- з боку матері:

1. Інфекційні захворювання матері;
2. Ускладнення даної вагітності (токсикози, неправильне положення плода, аномальне прикріплення плаценти);
3. Хронічні соматичні захворювання матері;
4. Хронічні гінекологічні захворювання матері;
5. Оперативні втручання під час вагітності (особливо лапаротомія);
6. Психічні та фізичні травми вагітної;
7. Імунологічна несумісність матері і плода;
8. Аномалії розвитку жіночих статевих органів, особливо матки

- з боку плода:

1. Внутрішньоутробні інфекції;
2. Хромосомні захворювання плода;
3. Аномалії розвитку плода.

Соціально-економічні фактори включають в себе погане харчування вагітної жінки, відсутність або неповноцінність медичного обслуговування, незадовільні житлово-побутові умови, професійні шкідливості та ін. Дослідження, проведені в США, Швеції і Шотландії показали, що при аналізі причин передчасних пологів ця група факторів має достовірний вплив у випадку народження дітей з масою тіла більше 1500г. Менше значення вона має для народження глибоконедоношених і зовсім не впливає на частоту пологів раніше 26 тижня гестації. Професійні шкідливості які в 60-ті роки мали суттєвий вплив на передчасне переривання вагітності, в даний час не мають статистично достовірного впливу, так як в більшості країн законодавчо заборонено перебування вагітних жінок на шкідливому виробництві.

Незважаючи на це, у жінок, що працюють під час вагітності, ймовірність народити недоношену дитину вища, особливо при роботі на конвеєрі, наявності постійних чи періодичних фізичних навантажень, монотонній роботі, роботі стоячи протягом всього дня. Незалежно від якості виконаної роботи ризик передчасних пологів зростає в 2 рази із збільшенням тривалості робочого тижня (особливо – більше 40 годин). Рівень освіти як матерів, так і батьків нижче 8 класів школи за даними німецьких авторів, є фактором ризику народження недоношеної дитини. Це вірогідно зумовлено комплексом причин (некваліфікована робота, спосіб життя, особливості особи). Частіше, ніж у популяції, передчасні пологи настають в жінок-одиначок, особливо у віці після 25 років. Велике значення має також відношення жінки до вагітності. У випадку небажаної вагітності передчасне народження дитини настає в 2 рази частіше. Слід враховувати також кліматичні і сезонні коливання. Недоношені діти частіше народжуються зимою і весною (30-40 %), ніж літом і восени (до 20 %). Неабияке значення має зв'язок з геліомагнітними і космічними факторами: в роки високої сонячної активності вище ризик народження недоношених дітей. **Соціально-біологічні фактори** мають достовірний вплив на частоту передчасних пологів. Високий процент невиношування спостерігається у першородячих у віці до 16 років (юні) та після 30 років (пізні першородки). Значно вищий він у низькорослих та погано вгодованих жінок. Вік батька молодше 18 років і старше 50 років також є фактором ризику. Дослідження, проведені в Канаді, США і Великобританії доводять, що 10 % передчасних пологів пов'язані з інтенсивним курінням жінки, причому збільшення частоти народження недоношених дітей спостерігалось як в соціально-несприятливих, так і в добре забезпечених сім'ях. Більше всього фактор куріння впливав на народження глибоко недоношених дітей (31 тиждень гестації і менше). Інтенсивність куріння батька (20 сигарет і більше) знижує вірогідність запліднення і є фактором ризику народження дитини з малою масою тіла. Передчасному народженню дитини сприяє як вживання алкоголю під час вагітності і до неї, так і наркоманія, хоча в даному разі, очевидно, на плід впливає комплекс факторів, що порушують його нормальний розвиток. о найбільш поширених причин невиношування відносяться попередні аборт-ти. Аборт в більшості випадків не проходить безслідно для жіночого організму. Після цієї операції підвищується скоротлива здатність матки, нерідко виникає запальний процес з розвитком ендометриту і утворенням сінехій. Особливо зростає ризик передчасних пологів після повторних абортів, що мали місце один за одним. Виснаження організму жінки частими пологами є серйозним фактором ризику, значення якого зростає з кожною наступною вагітністю. У деяких жінок виявляється сімейний анамнез так званого звичного невиношування, коли всі жінки родини народжують передчасно. Це, як правило, в 20 % випадків пов'язано з хромосомними аберациями. Багатоплідна вагітність в 50-70 % випадків закінчується передчасним народженням дітей. Роль клінічних факторів, як причини невиношування, не викликає сумнівів. Як правило, спостерігається поєднання декількох несприятливих відхилень в перебігу вагітності і стані здоров'я матері і плода. В таких випадках частота передчасних пологів в 3 рази більша, ніж при так званих "чистих" формах.

Оновні фактори ризику, що збільшують смертність недоношених дітей, наступні:

1. Кровотеча у матері перед пологами;
2. Багатоплідна вагітність;
3. Пологи в тазовому передлежанні;
4. Відсутність стероїдної терапії у матері для профілактики СДР;
5. Перинатальна асфіксія;
6. Чоловіча стать;
7. Гіпотермія;
8. Хвороба гіалінових мембран.

Ознаки недоношеності

1. Диспропорція окремих частин тіла.
2. Шкіра тонка, зморщена, багато пушкового волосся, воно тонке, вкриває в більшості випадків спину і розгинальні поверхні кінцівок.
3. Потоншена, або відсутня підшкірно-жирова основа.

4. Пупкове кільце розташоване ближче до симфізу
5. Нігті на пальцях кінцівок розвинені слабо, не виходять за край нігтьового ложа. Обвід голови від 24 см до 32 см в залежності від терміну гестації.
6. Голова кругліша, ніж у доношеної. Кістки черепа тонкі, шви ітім'ячка відкриті.
7. Вушні раковини м'які і щільно притиснуті до голови.
8. Хрящі носа недорозвинені.
9. Ареола плоска, сосок не виступає над поверхнею шкіри.
10. Знижені м'язовий тонус і спонтанна рухова активність, зниження рефлексів.
11. Дрібний та непостійний тремор кінцівок і підборіддя.
12. У дівчаток великі статеві губи не прикривають малі, кліторвиступає. У хлопчиків яєчка не опущені в калитку.

2. Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем недоношеної дитини

Поза дитини :

-флексорна або напівфлексорна: голова дещо приведена до грудей, руки помірно зігнуті в ліктьових суглобах, ноги помірно зігнуті в колінних та кульшових суглобах.

Крик :

-голосний або середньої потужності, емоційний, може бути пискливий.

Шкіра в залежності від терміну гестації

-рожева, гладка, може бути зморщеною, яскраво або темно-червоного кольору, вкрита густою змазкою, видимі вени

-пушкового волосся багато, вкриває спину і розгинальні поверхні кінцівок

-шкіра на підошвах з ледь помітними червоними рисками

-потоншена або відсутня підшкірно – жирова основа.

М'язева система:

-помірно знижені м'язовий тонус і спонтанна рухова активність

Кісткова система:

-розведення в кульшових суглобах повне або надмірне.

-кістки черепа м'які, податливі, насунуті одна на одну

-тім'ячка відкриті (переднє, заднє, соскоподібне, клиноподібне), черепні шви розходяться.

Неврологічний статус:

-дрібний та непостійний тремор кінцівок і підборіддя, дрібний та непостійний горизонтальний ністагм, помірне зниження рефлексів при задовільному загальному стані дитини є транзиторним і не потребують спеціальної терапії.

Органи дихання:

-легені менш заповнені повітрям, мало еластичної тканини

-недостатня кількість сурфактанта, яка зумовлює розвиток ателектазів

-в нижніх відділах легенів дихання може бути помірно ослабленим;

-частота дихальних рухів -30 -60 за хвилину.

Серцево-судинна система:

-показник АТ нижчий аніж у доношених

-сповільнена швидкість кровотоку

-підвищена проникність і ламкість кровоносних судин

-частота серцевих скорочень в нормі становить 100-160 за хвилину.

Кров і органи кровотворення:

-медулярне кровотворення функціонує недостатньо

-кістковий мозок незрілий

Травна система та органи травлення:

-функціонально незріла

-смоктальний рефлекс ослаблений або відсутній

-слаборозвинені м'язи вхідної частини та стінок шлунка

-об'єм шлунка в середньому до 20мл

-тонус кишок знижений

Сечовидільна система:

-явища олігурії в перші дні життя

Новонародженим з малою масою тіла при народженні необхідно визначати гестаційний вік за шкалою Баллард з 12 до 36 годин життя.

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.

3. Виходжування недоношеної дитини згідно наказу МОЗ України № 584 від 29.08.2006 р. «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні».

Особливості догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла базуються на основі Протоколу медичного догляду за новона-родженою дитиною з малою масою тіла (наказ МОЗ України № 584 від 29.08.2006) в який увійшли дані досліджень з доказаною ефективністю з використанням систематичних оглядів, рандомізованих контрольованих досліджень отриманих із електронних баз даних, даних періодичної літератури з оцінкою їх рівня доказовості, а при їх відсутності – на клінічному досвіді розробників протоколу. Новонароджена дитина з малою масою тіла при народженні- дитина з масою тіла при народженні менш ніж 2500 г (ВООЗ).

Сучасні принципи перинатальної допомоги базуються на концепції ВООЗ щодо ефективної допомоги при вагітності, пологах та народженні дитини.

До системи надання медичної допомоги недоношеним дітям входять такі заходи:

-госпіталізація вагітних з передчасними пологами у спеціалізовані пологові будинки

-застосування методів бережного ведення пологів

-створення оптимальних умов для виходжування недоношеної дитини в пологовому будинку (I етап)

-створення оптимальних умов для виходжування здорових недоношених дітей і лікування хворих недоношених немовлят (II етап)

-диспансерний нагляд за недоношеними дітьми в умовах дитячої поліклініки (III етап).

Новонароджена дитина з малою масою тіла при народженні, яка підлягає фізіологічному догляду – це дитина, яка має термін гестації не менш ніж 32 тижні та масу тіла при народженні не менш ніж 1500 грамів, на момент огляду та оцінки стану має наступні ознаки:

-адекватно дихає або кричить

-частота дихань 30-60 за хвилину та відсутні клінічні прояви дихальних розладів

-частота серцевих скорочень 100-160 за хвилину

-рожевий колір шкіри та слизових оболонок

-адекватна рухова активність

-задовільний або помірно знижений тонус м'язів

-має здатність смоктати або годуватися з чашки

-за умови адекватного догляду має температуру тіла 36,5-37,5 С

-відсутні вади розвитку які потребують термінового медичного втручання

-відсутні клінічні прояви інфекцій.

При передчасних пологах обов'язкова присутність лікаря-педіатра-неонатолога та наявність підготовленого обладнання для медичної допомоги новонародженим. Слід відзначити, що захворюваність дітей цієї категорії перевищує в 3 рази захворюваність новонароджених з масою тіла при народженні більше 2500 грамів, тому що саме новонароджені з малою масою тіла при народженні мають підвищений ризик порушення адаптації та розвитку патологічних станів, що зумовлює необхідність контролю та відповідної корекції щодо:

- дотримання нормальної температури тіла*
- становлення та стабілізації дихання та кровообігу*
- забезпечення оптимального вигодовування*
- метаболічних розладів*
- інфекцій*
- попередження патологічних наслідків жовтяниці.*

Враховуючи той факт, що здорові недоношені складають 10-15% усіх передчасно народжених дітей, більшість дітей потребує правильної професійно виконаної реанімації по системі АВС, згідно з протоколом первинної реанімації новонароджених. Тому, як правило, ця реанімація проводиться одразу при народженні головки (при головному передлежанні) і ґрунтується на тих же принципах, що і відживлення доношеної дитини. Особливістю надання першої допомоги є те, що вона проводиться під джерелом променевого тепла. Після первинного туалету недоношена дитина повинна в найкоротший термін бути переведеною у відділення патології недоношених новонароджених.

За умови терміну гестації 34-36 тижнів і задовільного стану дитини при народженні акушерка викладає дитину на груди або живіт матері та обсушує сухою та теплою пелюшкою голову і тулуб дитини, потім вкриває іншою сухою пелюшкою, вдягає шапочку та шкарпетки і накриває спільно з матір'ю ковдрою (Наказ МОЗ України № 152 від 04.04.2005 року).

Дитина передається матері і переводиться до післяпологового відділення в контакті «шкіра до шкіри» або в кювезі, або у ліжечку з підігрівом.

Усі кроки теплового ланцюжка для дитини віком >32 тижнів відповідають 10 крокам, які описані в Протоколі медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною.

Особливості догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла.

1. Щоденний огляд новонародженої дитини проводить лікар-педіатр-неонатолог в присутності матері або членів родини в комфортних для дитини умовах (дитина не спить, спокійна) та при забезпеченні основних кроків теплового ланцюжка.

2. Зважування.

Дитина обов'язково зважується не менше одного разу на добу. Зважування необхідно проводити в один і той час.

3. Виміювання температури тіла.

Температура тіла вимірюється щонайменше 4 рази на добу електронним термометром в аксілярній ділянці.

4. Обробка пуповинного залишку.

Пуповинний залишок ведеться відкритим сухим способом.

Оцінка ризиків та запобігання розвитку патологічних станів.

Профілактика та лікування гіпотермії:

1) обов'язковою умовою для попередження гіпотермії у новонароджених з малою масою тіла при народженні є постійний контроль за температурою в приміщенні (наявність кімнатного настінного термометра обов'язкова в кожній палаті);

2) в першу добу життя нормальною температурою тіла дитини є 36,5-37,5°C. В наступні дні оптимальною є температура тіла в межах 36,8-37,2°C;

3) новонароджений з малою масою тіла при народженні потребує додаткового тепла і більш ретельного контролю температури тіла;

4) заходи збереження тепла включають використання теплих кімнат, методу «кенгуру», інкубаторів,

ламп-обігрівачів, ліжок-грілок і матраців-грілок. Доцільно використовувати догляд за методом «мамі-кенгуру».

5) інкубатори слід використовувати тільки для хворих новонароджених або для новонароджених з дуже низькою масою тіла;

6) при використанні обігрівальних апаратів (інкубатори, столи з підігрівом, ліжечка з підігрівом та лампи променевого тепла) треба пам'ятати, що новонароджені при цьому повинні бути одягнені в розпашонку, шапочку, шкарпетки і повзуни і мати стабільний клінічний стан;

7) при виходженні новонароджених в інкубаторах необхідно контролювати температуру тіла дитини щонайменше кожні 4-6 годин і регулювати температуру всередині апаратів в межах 30-37°C.

8) контроль температури тіла дитини рутинно проводиться щонайменше 4 рази на добу, у випадках нестабільної температури частіше;

9) новонародженим з масою тіла = 1000 грамів слід проводити контроль температури тіла кожні 3 години;

10) результати термометрії записуються до карти розвитку новонародженого;

11) у разі розвитку гіпотермії (температура тіла дитини < 36,5°C) негайно розпочати заходи щодо зігрівання дитини:

- розпочати контакт "шкіра-до-шкіри". Не дозволяється користуватись грілками для обігрівання дитини;

- перевірити температуру в приміщенні. У разі низької температури в приміщенні обігріти його додатковими обігрівачами;

- перевірити рівень глюкози крові. У разі гіпоглікемії розпочати корекцію цього стану;

- продовжити грудне вигодовування дитини. У разі неможливості вигодовування грудьми слід годувати дитину зцідженим грудним молоком за допомогою альтернативних методів;

- провести контрольне вимірювання температури тіла через 15-30 хвилин після проведених заходів. При отриманні результату менше 36,5°C продовжити зігрівання дитини і вимірювання температури кожні 15-30 хвилин до стабілізації температури тіла дитини та отриманням двох послідовних результатів вимірювання температури тіла дитини > 36,5°C;

- у подальшому контролювати температуру тіла дитини слід щонайменше кожні 4-6 годин.

Профілактика і корекція гіпоглікемії.

Нормальним слід вважати рівень глюкози крові **2,6 -5,5 ммоль/л**. Для контролю за рівнем глюкози крові необхідна наявність в кожному закладі охорони здоров'я глюкометра (глюкометра) з метою зниження ризику ускладнень інвазивних втручань.

1) Для профілактики розвитку гіпоглікемії годування дитини треба розпочати як можна раніше після народження і проводити його часто (не менше 8 разів на добу як вдень, так і вночі).

2) В перші 2-4 години життя дитини відбувається фізіологічне зниження рівня глюкози в крові, тому контрольне вимірювання рівня глюкози треба проводити не раніше ніж через 4 години після народження і не раніше 30 хвилин після останнього годування. При появі симптомів гіпоглікемії таких як судоми, апное, гіпотонія, погане смоктання, пригнічення або млявість негайно визначити рівень глюкози крові та розпочати медичну допомогу відповідно до протоколу.

3) Контроль рівня глюкози крові дитині, яка знаходиться на грудному вигодовуванні та має задовільний стан, рутинно не проводиться.

4) Визначення рівня глюкози крові проводиться обов'язково новонародженим з масою тіла при народженні 1500 г і менше в перші 4-6 годин однократно, а також дітям з клінічними ознаками гіпоглікемії. Якщо вміст глюкози крові > 2,6 ммоль/л, подальші обстеження цим новонародженим слід проводити кожні 3 години до отримання 2 послідовних результатів рівня глюкози крові > 2,6 ммоль/л.

5) Рівень глюкози в крові рекомендується вимірювати глюкотестом. У разі отримання результату <= 2,6 ммоль/л необхідне лабораторне визначення рівня глюкози в крові.

6) У разі отримання результату рівня глюкози в крові < 2,6 ммоль/л, але > 2,2 ммоль/л необхідно збільшити частоту годувань дитини, продовжити ретельне клінічне спостереження і провести контроль

рівня глюкози в крові глюкотестом через 30 хвилин після годування з послідувачим лабораторним підтвердженням рівня глюкози в крові.

7) Новонародженим, які мають при першому вимірюванні рівень глюкози $\leq 2,6$ ммоль/л і клінічні прояви гіпоглікемії або $\leq 2,2$ ммоль/л незалежно від наявності клінічних ознак гіпоглікемії, треба розпочати корекцію гіпоглікемії.

Апноє у новонародженої дитини з малою масою тіла при народженні.

Апноє - це зупинка самостійного дихання тривалістю понад 3 секунди.

1) Недоношені новонароджені схильні до епізодів апноє. Чим менше термін гестації і маса тіла дитини (< 32 тижнів гестації і < 1500 грамів), тим частіше ці епізоди.

2) Рідкі і короткочасні спонтанні періоди апноє (тривалістю не більш за 20 секунд та не більш 2 епізодів на добу) без брадикардії і ціанозу, які пов'язані з годуванням, смоктанням і руховою активністю дитини, не вважаються патологічними і не потребують лікування, але потребують ретельного спостереження.

3) Виникнення більш ніж 2 епізодів апноє на добу тривалістю понад 20 секунд, або будь-якого апноє з брадикардією та ціанозом є показанням для переведення в палату або відділення інтенсивної терапії новонароджених і початку інтенсивної терапії.

4) Допомога дитині при апноє:

- якщо дитина перестала дихати, слід негайно провести тактильну стимуляцію вздовж спини дитини протягом 10 секунд. Якщо дитина після проведеної стимуляції не почала дихати, негайно розпочати штучну вентиляцію за допомогою мішка і маски;

- проконтролювати температуру тіла дитини. У разі виникнення гіпотермії, негайно розпочати необхідні дії щодо корекції цього стану;

- проконтролювати рівень глюкози крові. У разі виникнення гіпоглікемії негайно розпочати необхідні дії щодо корекції цього стану;

- доцільно регулярно профілактично змінювати положення тіла дитини і ретельно слідкувати за нею;

- необхідно навчити матір спостерігати за дитиною та проводити початкові кроки допомоги (тактильна стимуляція) у разі апноє.

Годування новонародженої дитини з малою масою тіла при народженні.

Новонароджені з терміном гестації **36 тижнів** і більше:

1) у цих новонароджених смоктання, ковтання та дихання координовані, тому ці діти можуть смоктати груди без догодування.

Новонароджені з терміном гестації **34-35** тижнів:

1) смоктальний рефлекс та активне смоктання з'являються на цей термін гестації, тому більшості новонароджених з цим терміном гестації не потрібно догодування з чашечки;

2) такі новонароджені потребують ретельного спостереження та регулярного зважування.

Новонароджені з терміном гестації **30-33** тижнів:

1) більшість дітей з цим терміном гестації може вигодуватись з чашечки, деякі діти можуть вже починати смоктати груди;

2) якщо дитина розпочинає смоктати груди, треба догодувати її з чашечки, щоб бути впевненим в тому, що дитина отримала повний добовий об'єм годування;

3) такі новонароджені потребують ретельного спостереження та регулярного зважування.

Новонароджені з терміном гестації до **30 тижнів**:

1) для більшості цих дітей годування через зонд є основним методом вигодування, хоча деякі з них можуть їсти з чашечки або ложки;

2) раціональним є комбінація годування з чашечки та через зонд;

3) у разі якщо дитина добре годується з чашки, годування через зонд потрібно припинити або обмежити;

4) такі новонароджені потребують ретельного спостереження та регулярного зважування.

Умовні періоди розвитку недоношеного після народження

I-й період: перехідний – триває від народження дитини до 7 доби життя.

У цей період дитина може втрачати від 10% до 15% маси тіла. Завданням цього періоду є забезпечення дитини харчовими речовинами.

II-й період: стабілізації – триває з 7 доби життя до моменту виписки дитини з пологового стаціонару.

Внутрішньоутробно плід з терміном гестації 24-36 тижнів в середньому щодобово набирає 15 г/кг/добу, тому завданням цього періоду є забезпечення такої ж прибавки маси тіла у дитини.

Таким чином в середньому дитина:

1) з терміном гестації < 32 тижнів повинна за тиждень набирати від 100 до 150 грамів (15-20 г на добу);

2) з терміном гестації 33-36 тижнів повинна набирати від 150 до 200 г за тиждень (25 г на добу);

III-й період: нормалізації - триває з моменту виписки з пологового будинку до 1 року життя або більше.

Завданням дитини цього періоду є досягнення показників росту та розвитку доношеної.

Для того, щоб забезпечити дитину з малою масою тіла при народженні необхідною кількістю калорій потрібно:

-розрахований об'єм молока дати дитині, щонайменше, за 8-12 (кожні 2 або 3 год.) годувань;

-годувати дитину і вдень і вночі;

Якщо дитина не проявляє активності щодо годування кожні 2-3 години, мати має обов'язково розбудити її і нагодувати.

Грудне вигодовування

1. Основні принципи грудного вигодовування новонародженої дитини з малою масою тіла при народженні не відрізняються від принципів грудного вигодовування здорової доношеної новонародженої дитини.

2. Грудне вигодовування новонародженого з малою масою тіла при народженні слід розпочинати як можна раніше залежно від стану дитини .

3. Не рекомендується використовувати розчини глюкози, фізіологічний розчин для першого годування новонародженого з малою масою тіла при народженні.

4. При проведенні грудного годування також необхідно оцінити **ознаки правильного прикладання дитини до грудей:**

1) підборіддя дитини торкається грудей;

2) рот дитини широко відкритий;

3) нижня губа дитини вивернута назовні;

4) дитина більше захоплює нижню частину ареоли.

5. перед початком грудного годування необхідно оцінити:

1) здатність дитини до ссання;

2) якість ссання (чи кашляє і заглинається дитина під час годування);

3) наявність зригувань або блювання під час годування або після нього: дитина може кашляти і заглинатися із-за зниженого м'язового тонусу, а зригування можливі через наявність гастроєзофагального рефлексу і схильність до заковтування повітря при смоктанні, тому матері і персоналу необхідно ретельно стежити за цими ознаками під час і після годування.

6. У разі, коли дитина кашляє або зригує під час годування, пропонують матері годувати деякий час у вертикальній позиції: матір підтримує грудну залозу і підборіддя дитини рукою, задня стінка шиї і горло дитини повинні знаходитись вище соска.

7. Годування дитини з малою масою тіла при народженні може продовжуватись довше, ніж доношеної і мати наступний вигляд: швидке смоктання, уповільнення темпу, ковтання, відпочинок, повторення циклу.

8. Для впровадження ефективного грудного вигодовування новонароджених з малою масою тіла

необхідно як можна раніше розпочати виходжування дитини за методом «мати-кенгуру».

У разі неможливості грудного вигодовування необхідно розпочати годування дитини з чашки, ложечки, через зонд.

Годування дитини з чашки

1. Якщо дитина не може вигодовуватись грудьми за станом свого здоров'я або станом здоров'я матері, або вона отримує мало молока під час грудного годування, необхідно забезпечити годування дитини з чашки.

2. Практичні аспекти годування дитини з чашки:

- 1) налийте в чашку необхідну розраховану кількість молока ;
- 2) покладіть дитину на коліна в напіввертикальне положення;
- 3) піднесіть чашку до губ дитини і наліть її так, щоб молоко торкнулось губ дитини. В цей час дитина спробує всмоктати молоко і почне його «хлебтати» язиком;
- 4) не вливайте молоко в рот дитині: підносіть чашку так, щоб молоко тільки торкалось губ дитини;
- 5) не припиняйте годування самі: дочекайтесь, коли дитина закрясе очі і перестане «хлебтати» молоко самостійно;
- 6) оцініть кількість з'їденої дитиною їжі та сплануйте/розрахуйте кількість молока на наступне годування.

Годування дитини через зонд

Використовують наступні способи введення зонду:

- 1) орогастральний;
- 2) назогастральний у разі, якщо у дитини адекватне самостійне дихання регулярне.

3. *Практичні аспекти годування через зонд:*

- 1) введення зонду - це стерильна процедура, яка вимагає дотримання належних вимог;
- 2) слід підготувати необхідне обладнання та матеріали для введення зонду:
 - а) зонд для дитини: з вагою < 2000,0 грамів № 5-F, з вагою > 2000,0 грамів - № 8-F;
 - б) стерильні шприци 2 мл і 5 мл для аспірації вмісту шлунку;
 - в) сантиметрову стрічку;
 - г) лейкопластир;
 - д) ножиці;
 - ж) для ін'єкцій або стерильний розчин NaCl 0,9%;
 - е) чашку з грудним молоком.
- 3) обробіть руки та надягніть стерильні рукавички;
- 4) заміряйте довжину зонда:
 - орогастрального: від кута рота до мочки вуха і мечоподібного відростка;
 - назогастрального: від кінчика носа до мочки вуха і мечоподібного відростка.
- 5) змочіть кінчик зонда стерильною водою для ін'єкцій або стерильним розчином NaCl 0,9%;
- 6) помірно зігніть шию дитини і повільно введіть зонд на відміряну довжину через рот або ніздрю;
- 7) в разі, якщо зонд не проходить легко через ніздрю, витягніть його і спробуйте ввести в іншу ніздрю;
- 8) в разі невдачі введіть зонд через рот. Ніколи не прикладайте зусиль для проштовхування зонда для запобігання травми;
- 9) зафіксуйте зонд за допомогою лейкопластиря;
- 10) перевірте місце знаходження зонду. Для цього шприцом введіть у зонд 1-2 мл повітря і стетоскопом вислуховуйте над шлунком рух повітря по зонду. Якщо шум вислуховується - кінчик зонда знаходиться в шлунку. В разі відсутності шуму повітря - негайно витягніть зонд і повторіть процедуру;
- 11) недоцільно встановлювати нового зонду на кожне годування, тому що це підвищує ризик травми, інфікування та апное; при дотриманні всіх положень зонд може функціонувати до 3 діб.

Методика годування через зонд:

- 1) візьміть стерильний шприц і витягніть з нього поршень;
- 2) приєднайте шприц до зонду і налийте в нього розраховану кількість зцідженного грудного молока;

- 3) допоможіть матері правильно покласти дитину: рот дитини повинний бути на рівні соска і відкритий;
- 4) шприц з молоком тримайте на відстані 5-10 сантиметрів над дитиною;
- 5) продовжуйте годування протягом не менше 10-15 хвилин;
- 6) під час годування молоко повинно повільно стікати з шприца;
- 7) регулюйте швидкість стікання молока під час годування, поступово змінюючи відстань між шприцом і дитиною (піднімаючи і опускаючи його);
- 8) **не використовуйте введення молока під тиском!;**
- 9) при годуванні через зонд ретельно спостерігайте за станом дитини: кольором шкіри і слизових оболонок, частотою і характером дихання;
- 10) під час годування через зонд можливе прикладання дитини до грудей в залежності від її клінічного стану;
- 11) як тільки дитина почне «підсмоктувати» зонд, необхідно якомога скоріше перейти на годування дитини з чашки або грудьми.

Профілактичні заходи

- *Профілактика геморагічної хвороби новонародженого (ГХН):*

- 1) вітамін К1 внутрішньом'язово вводиться в першу добу після народження одноразово всім новонародженим з малою масою тіла при народженні в кількості 1,0 мг [А];
- 2) при наявності пероральної форми вітаміну К1 рекомендується доза препарату 2 мг, яку вводять в першу та сьому доби життя дитини [В].

- *Профілактичне призначення вітамінів А і Е:*

- 1) новонароджені з малою масою тіла при народженні > 1500 грамів не потребують рутинного призначення вітамінів А і Е [А];
- 2) своєчасне та повноцінне вигодовування дитини грудним молоком запобігає розвитку дефіциту вітамінів А і Е.

- *Профілактичне призначення вітаміну Д:*

- 1) з кінця 1 тижня життя дитини при встановленому ентеральному годуванні слід розпочати профілактичне введення вітаміну Д в дозі 400-800 МО щоденно;
- 2) у разі годування сумішшю додатково призначати вітамін Д, щоб отримати загальну добову дозу 800 МО.

- *Профілактичне призначення заліза:*

- 1) новонародженим з масою тіла при народженні < 1800 грамів і терміном гестації < 32 тижнів з початку 3 тижня життя при встановленому ентеральному годуванні і до кінця 1 хронологічного року життя дитини рекомендовано призначення 2-4 мг/кг елементного заліза внутрішньо на добу щоденно;
- 2) у разі необхідності паралельно з введенням елементного заліза може бути призначено введення фолієвої кислоти із розрахунку 50 мкг/добу щоденно.

Щеплення дитини з малою масою тіла при народженні

1. Щеплення дитини здійснюється за поінформованою згодою матері.
2. Щеплення дитини з малою масою тіла при народженні, яка народилась з масою 2000,0 грамів і більше, проводиться в звичайні строки згідно хронологічного віку дитини та звичайними дозами вакцин (**не зменшеними**) в залежності від клінічного стану дитини.
3. Усі дані про проведене щеплення (дата, доза, серія, термін придатності) вносяться до карти розвитку новонародженого та виписку.
4. У медичних документах слід вказати характер і терміни загальних і місцевих реакцій, якщо вони мали місце.
5. Перед випискою з пологового будинку проводиться інформування матері щодо необхідності подальшої імунізації дитини згідно з діючим календарем щеплень в Україні.
6. Щеплення проводиться відповідно до інструкції щодо введення вакцини спеціально підготовленим медичним персоналом лікувально-профілактичних закладів.

7. Щеплення новонароджених проводять безпосередньо у палаті після огляду дитини лікарем-педіатром-неонатологом з письмовим обґрунтуванням призначення вакцинації в історії розвитку новонародженого.

8. Для щеплення немовлят використовуються вакцини, зареєстровані і дозволені до застосування в Україні.

9. Щеплення новонароджених з малою масою тіла при народженні проти гепатиту В.

1) Дітям, народженим від матерів з невизначеним або позитивним HBsAg статусом, щеплення проводиться протягом 12 годин після народження незалежно від маси тіла і стану дитини [А].

2) При наявності специфічного імуноглобуліну проти гепатиту В рекомендовано одночасне його введення з вакциною в іншу ділянку тіла.

3) Новонародженим, які народились з масою тіла < 2000 грамів від матерів з негативним HBsAg статусом, вакцинація проводиться при досягненні дитиною маси тіла 2000 грамів або через 1 місяць.

4) Новонародженим, які народились з масою тіла > 2000 грамів від матерів з негативним HBsAg статусом щеплення проводиться в звичайному хронологічному порядку: перше щеплення в першу добу життя дитини.

5) Дітям у важкому стані, які народились від матерів з негативним HBsAg статусом і масою > 2000 грамів проводити імунізацію слід після покращення стану дитини перед випискою з лікарні [А].

6) У тих випадках, коли дитина не була щеплена при народженні, її варто прищепити протягом одного місяця без попереднього обстеження крові на наявність HBsAg [А].

10. Щеплення новонароджених проти туберкульозу.

1) Щеплення проти туберкульозу проводиться всім новонародженим з масою тіла при народженні = 2000,0 грамів на 3-5-ту добу життя за винятком:

а) якщо дитина хвора, слід провести імунізацію дитини після одужання та обов'язково до виписки з лікарні;

б) якщо мати дитини хвора на активний туберкульоз легень і отримувала лікування менш ніж за 2 місяці до пологів або у жінки діагностовано туберкульоз після народження дитини, враховуючи високий ризик розвитку інфекції у новонародженої дитини, обов'язкова консультація фтизіатра.

2) При народженні дитини масою тіла < 2000 грамів щеплення проти туберкульозу здійснюється після досягнення дитиною маси тіла 2000 грамів обов'язково до виписки із лікарні.

3) В історії розвитку новонародженого зазначається дата щеплення, серія та контрольний номер вакцини, доза, підприємство-виробник і термін придатності препарату та прізвище медпрацівника, який проводив вакцинацію.

Критерії виписки дитини з малою масою тіла при народженні

Маса тіла дитини-2000 г і більше.

Загальний стан дитини задовільний і відповідає наступним ознакам:

- 1) самостійне дихання адекватне з частотою 30-60 за хвилину;
- 2) відсутні втягіння податливих ділянок грудної клітки;
- 3) відсутність апное щонайменше протягом 7 діб до дня виписки;
- 4) відсутній ціаноз шкіри і слизових оболонок.

Дитина може підтримувати стабільну нормальну температуру тіла щонайменше 3 доби підряд до дня виписки.

Дитина засвоює належний добовий об'єм харчування і стабільно збільшує масу тіла (щонайменше 20 г/добу протягом 3 діб підряд до дня виписки).

Зроблені всі профілактичні щеплення.

Пуповинний залишок або ранка сухі та чисті, без ознак запалення.

Мати або члени сім'ї навчені і мають достатні навички догляду за дитиною:

- 1) спостерігати за загальним станом і розвитком дитини;
- 2) годувати дитину грудьми за вимогою і догодовувати, в разі необхідності, зцідженим грудним молоком з чашки;

3) контролювати температуру тіла дитини і підтримувати її в межах 36,8-37,2°C.

Мати або члени сім'ї поінформовані про загрозливі стани дитини, при яких негайно треба звертатися за медичною допомогою:

- 1) дитина погано смокче груди;
- 2) дитина млява або збудлива;
- 3) у дитини виникли судоми;
- 4) у дитини порушення дихання: часте > 60 дихань за хвилину або утруднене;
- 5) у дитини гіпотермія (температура тіла дитини < 36,5°C) або гіпертермія (температура тіла дитини > 37,5 °C);
- 6) є ознаки набряку, гіперемії або нагноювання пупкової ранки;
- 7) у дитини блювота або діарея.

Матір попереджена про заходи профілактики синдрому раптової смерті дитини (рекомендовано сон на спині; не курити в приміщенні, де знаходиться дитина; не накривати лице дитини під час сну).

Рекомендовано після виписки:

- 1) почати або продовжити профілактичне введення вітаміну Д відповідно до протоколу схеми профілактики рахіту.
- 2) почати або продовжити профілактичне введення заліза дітям з масою тіла при народженні < 1800 грамів і терміном гестації < 32 тижнів.

4. Основні принципи диспансеризації недоношених дітей

Спостереження за недоношеними дітьми на дільниці повинно здійснюватися дільничним педіатром, якому допомагає патронажна медична сестра. Дітей, маса яких під час народження нижча за 1700 г, медична сестра відвідує 4 рази на місяць до досягнення ними віку 7 місяців, дітей з масою тіла при народженні понад 1700 г – двічі на місяць до 4-х місячного віку, а далі – один раз на місяць. На першому році життя для недоношених дітей характерні високі темпи фізичного розвитку. Маса тіла у них подвоюється у 2-2, 5 міс., потроюється- у 5-6 міс., а під час досягнення немовлям 1 року життя зростає у 4-9 разів. Темпи збільшення маси тіла інтенсивніші у дітей з найменшою масою тіла під час народження. Діти, маса тіла яких при народженні становить від 1000 до 2000 г досягають рівня фізичного розвитку доношених дітей у 2-3 роки, а з масою меншою ніж 1000 г.- у 6 -7 років. Відставання психомоторного розвитку немовлят з масою тіла під час народження меншою ніж 1500 г порівняно з доношеними ровесниками становить 2-3 міс., з масою тіла 1500 -1999- 0,5-1 міс. Діти з масою тіла під час народження понад 1999 г розвиваються майже так само, як і доношені діти. Поліпшенню психомоторного розвитку недоношених дітей сприяють масаж, гімнастика, яскраві іграшки, ласкава розмова, спів, музика. Більшість недоношених дітей після досягнення 3 років не відрізняються за своїм психомоторним розвитком від доношених немовлят.

Основні принципи диспансеризації недоношених дітей

- динамічне спостереження за фізичним і психомоторним розвитком;
- забезпечення раціонального вигодовування;
- профілактика, рання діагностика та лікування рахіту і анемії;
- своєчасне виявлення і лікування неврологічних та ортопедичних порушень, а також порушень функцій зору та слуху.

Стратегія надання медичної допомоги

Організація виходжування немовлят із залученням їх сімей («виходжування, що зосереджується на родині»).

Видатки на виходжування новонароджених з малою масою

У розвинених країнах середні видатки на виходжування однієї дитини масою тіла менше 1500 г у відділенні інтенсивної терапії новонароджених становлять зараз близько 30000 американських доларів.

Негрошові “видатки”

Розлучення;самогубство; наркоманія; стрес,викликаний вартістю лікування, неповносправні діти, обмеження соціального життя, повторні госпіталізації.

Наслідки

-частота ДЦП серед усіх дітей з малою масою тіла при народженні становить приблизно 8%

-частота ДЦП серед немовлят з дуже малою масою дорівнює 25%.

Звісно, краще, коли дитя з'являється на світ бажаним і здоровим. Тому кожна майбутня мати повинна зробити все можливе, щоб носити дитя стільки, скільки передбачено природою. Бо наздоганяти її дуже складно, дорого та ризиковано.

Завершуючи все сказане, слід зазначити, що необхідною умовою виходжування недоношеної дитини є не тільки увага і професійна кваліфікація медичного персоналу, але й бажання і розуміння батьків.

Лише спільними зусиллями медицини і сім'ї можна досягнути найкращих результатів.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Яка дитина та називається недоношеною новонародженою дитиною?
2. Перерахуйте причини не виношування вагітності.
3. Вкажіть ознаки недоношеності.
4. Згідно якого наказу проводиться догляд за дитиною з малою масою тіла.
5. Які особливості перебігу фізіологічних станів у дитини з малою масою тіла?
6. Що таке апное?
7. Які щеплення проводять дитині з малою масою тіла в пологовому будинку?
8. Які методи зігрівання дітей з малою масою тіла?
9. Вкажіть правила виписування з пологового будинку дитини з малою масою тіла.
10. Перерахуйте основні принципи диспансеризації дітей з малою масою тіла.

ЛЕКЦІЯ №4

ТЕМА: «ВИГОДОВУВАННЯ ГРУДНОЇ ДИТИНИ. ПРИРОДНЕ , ШТУЧНЕ ТА ЗМІШАНЕ ВИГОДОВУВАННЯ»

ПЛАН

1. Основні принципи вигодовування дітей раннього віку.
2. Характеристика природного вигодовування. Введення пригодовування і харчових доповнень.
3. Штучне та змішане вигодовування. Характеристика. Харчування дітей після року.

Актуальність теми: в умовах соціально-економічної нестабільності в суспільстві, погіршення репродуктивного здоров'я нації, підвищення питомої ваги вагітних і немовлят з високим перинатальним ризиком і перинатальною патологією, особливої актуальності набуває як збереження життя кожної дитини, так і забезпечення фізіологічного росту і розвитку дитини, тобто забезпечення якості життя.

Грудне вигодовування дитини є "золотим стандартом" фізіологічного росту і психоемоційного розвитку немовлят, формування психоемоційної єдності з матір'ю, фізіологічне продовження пренатального харчування і постнатального розвитку дитини.

В Конвенції про права дитини зазначено, що кожна дитина має право на забезпечення її раціонального харчування, яке дасть змогу фізіологічному розвитку і формуванню здоров'я. Грудне вигодовування є найкращим способом росту і розвитку немом

ЗМІСТ

1. Основні принципи вигодовування дітей раннього віку

Харчування дітей має бути раціональним, побудованим на основі принципу збалансованості:

- надходження в організм основних харчових інгредієнтів (білків, жирів, вуглеводів, води, мінеральних солей)
- слід дотримуватись оптимального співвідношення між незамінними поживними речовинами (амінокислотами), і замінними
- характер їжі, надходить, має відповідати ферментативним можливостям дитячого організму.

Однією з основних умов збалансованого харчування є забезпечення правильних співвідношень білків, жирів, вуглеводів. Таке співвідношення на першому році життя має становити 1:3:6 (при природньому вигодовуванні) або 1: 1,5:3-4 (при штучному вигодовуванні).

В 1990 року ВООЗ сформувала 4 аспекти грудного вигодовування:

- висока харчова цінність материнського молока;
- імунобіологічні властивості;
- регуляторна функція, пов'язана з наявністю гормонів, ферментів у молоці;
- психофізіологічний зв'язок "мати-дитина".

Дванадцять принципів грудного вигодовування:

1. Мати зафіксовану у письмовому вигляді політику по відношенню до практики грудного вигодовування і регулярно інформувати весь медико-санітарний персонал.
2. Навчити весь медико – санітарний персонал необхідним навичкам для здійснення цієї політики.
3. Інформувати всіх вагітних жінок про переваги та методи грудного вигодовування.
4. Допомогати матерям починати грудне вигодовування протягом перших 30 хвилин.
5. Показувати матерям як годувати грудьми і як зберегти лактацію, навіть якщо вони відокремлені від своїх дітей.
6. Не давати новонародженим ніякої іншої їжі або пиття, окрім грудного молока, за винятком випадків медичних показів.
7. Практикувати цілодобове спільне перебування матері та дитини в одній палаті.
8. Заохочувати годувати грудьми за вимогою дитини.
9. Не давати новонародженим, які знаходяться на грудному вигодовуванні, ніяких штучних засобів,

імітуючи грудну залозу або заспокійливих (соски, пустышки).

10. Сприяти створенню груп підтримки грудного вигодовування і скеровувати матерів в ці групи після виписки із лікарні.

11. Партнерські пологи.

12. Дотримання Міжнародного зведення правил збуту заміників грудного молока.

2. Характеристика природного вигодовування

Природне вигодовування – це такий вид вигодовування, коли дитина до 6-ти місяців життя отримує тільки грудне молоко, а з 6-ти місяців вводиться пригодовування. Грудне молоко-унікальна комбінація поживних речовин, складна біологічна система, яка виконує пластичну, енергетичну, імуномодулюючу функції. Жодна, навіть сама адаптована молочна суміш, не може повністю замінити грудне молоко, компоненти якого повністю відповідають потребам організму дитини. Грудне молоко — ідеальна їжа для немовлят. Воно дивовижно пристосоване до всіх особливостей травлення і обміну речовин кожного новонародженого і немовляти. **Захисна роль** жіночого молока забезпечується вмістом у жіночому молоці цілої низки специфічних і неспецифічних антиінфекційних факторів: секретного імуноглобуліну А у високій концентрації, IgA, IgM, IgG, IgE, живих клітинних елементів (нейтрофіли, макрофаги), лактоферину, ліцозиму, біфідус-фактору, комплементу, параамінобензойної кислоти (захист від малярії), антистафілококового фактору та інших, які також сприяють формуванню власної повноцінної системи імунітету. Значна роль грудного молока в профілактиці харчової алергії. **Регуляторна роль жіночого молока** пов'язується з наявністю в ньому різних гормонів, ферментів (пепсину, трипсинуліпази, амілази та ін.), ростових факторів (епідермального, інсуліноподібного нейроростового). Ці речовини забезпечують фізіологічний перехід від гемотрофного до лактотрофного харчування новонародженого, сприяють дозріванню, впершу чергу, травного тракту дитини, запобігають перевантаженню гіпоталамо-гіпофізарної системи новонародженого, регулюють процеси асиміляції і синтезу. **Психоемоційний аспект.** Відіграє важливу роль у процесах розвитку психоемоційних взаємовідносин між матір'ю і дитиною. Сьогодні саме годування грудьми розглядається як могутній емоційний стимул у процесі становлення психічних функцій дитини. Відмічено, що під час годування грудьми між матір'ю і дитиною встановлюється особлива близькість, яка зберігається на довгі роки, а по деяких даних, на все життя.

Таким чином, для повноцінного розвитку дитини грудне вигодовування має надзвичайно велике значення: це контакт з мамою, звичні запахи і смаки, тілесний комфорт, задоволення рефлексу смоктання, почуття безпеки, джерело їжі і життя, налагодження усіх функцій організму, становлення і розвиток імунної, нервової та ендокринної систем. При відсутності грудного вигодовування неможливо виростити дитину, гармонійною у всіх відношеннях.

Переваги грудного вигодовування: для дитини:

- профілактика інфекційних та алергічних захворювань
- профілактика патологій ШКТ, цукрового діабету
- забезпечення фізіологічного імунобіологічного розвитку
- високий індекс інтелектуального розвитку

для мами :

- попередження після пологових ускладнень
- запобігання небажаної вагітності протягом перших 4-6 міс після пологів
- профілактика онкологічних захворювань

для родини:

- економічні переваги
- здорова дитина і жінка
- збереження репродуктивного здоров'я
- психоемоційна єдність

Лактація – виділення молока молочною залозою Для запуску, становлення і розвитку стійкої і тривалої лактації необхідні наступні умови:

- станом фетоплацентарної системи вагітної жінки
- раннє прикладання новонародженого до грудей матері (в перші 30-60 хвилин після пологів)
- активне, інтенсивне, часте смоктання грудей за вимогою дитини;
- регулярне спорожнювання молочної залози
- забезпечення правильної техніки прикладання новонародженого до грудей матері
- позитивний емоційний стан матері при годуванні грудьми

Раннє прикладання новонародженого до груді матері відразу після народження, контакт “шкіра до шкіри” сприяють:

- більш тривалій і успішній лактації для матері
- заселенню організму новонародженого материнськими біфідум– і лактобактеріями, що визначають фізіологічне становлення мікрофлори та імунітету у дитини
- формуванню почуття прив’язаності матері до дитини
- формуванню почуття захищеності у новонародженого

Склад грудного молока змінюється в залежності від періоду лактації: протягом перших 2-3 днів після пологів виділяється молозиво, потім - перехідне молоко, а з 2-го тижня — зріле молоко.

В кінці вагітності і в перші дні після пологів виділяється молозиво.

Молозиво являє собою жовтувату рідину, яка заповнює альвеоли протягом останнього триместру вагітності і виробляється ще протягом кількох днів після пологів. Кількість молозива - від 10 до 100 мл, в середньому - 30 мл на добу.

Молозиво є:

- імунобіологічним захистом організму дитини, має високий рівень секреторного імуноглобуліну А;
- молозиво покриває ШКТ дитини; сприяє більш швидкому відходженню меконію;
- зменшує інтенсивність і тривалість гіпербілірубінемії у новонароджених;
- має високо енергетичні і поживні властивості;
- високий вміст вітаміну;
- повністю забезпечує потребу організму новонародженої дитини протягом першої-другої доби життя.

Молозиво містить в 4-5 разів більше білка, ніж зріле молоко, у 2-10 разів більше вітаміну А і каротину, у 2-3 рази більше аскорбінової кислоти. Особливо багате молозиво секреторним імуноглобуліном А, який забезпечує як первинний імунобіологічний захист організму, так і фізіологічне встановлення імунітету у дитини. Склад грудного молока може замінюватися і протягом доби, і навіть в процесі одного і того ж годування немовляти: перші порції молока містять більше білків та мінеральних речовин, останні порції — більше жирів. У цілому ж індивідуальні коливання складу молока залежать від багатьох причин, насамперед, від особливостей організму кожної жінки, її стану здоров'я, харчування та способу життя.

Переваги грудного молока:

- молоко містить поживні речовини необхідні для дитини;
- воно легко засвоюється і ефективно використовується організмом немовляти;
- захищає від інфекції, сприяє фізіологічному становленні імунітету у новонароджених та дітей першого року життя;
- сприяє формуванню фізіологічної мікробної колонізації організму немовляти, тоді як альфа-лактоза, яка міститься у коров'ячому молоці стимулює ріст грамнегативної флори, що веде до дефіциту біфідобактерій, розвитку в подальшому дисбіозу кишечника.

Основні нутрієнти грудного молока:

- білки сироватки грудного молока складаються, в основному з альфа-лактальбуміну.
- казеїн людського молока складається з бета та К-казеїну, який дає змогу утворити більш м'який сирний згусток у шлунку дитини, який полегшує травлення.
- лізоцим на відміну від інших білків грудного молока є резистентним до травних секретів, але більш чутливий до дії трипсину.

Головні ключові моменти положення дитини біля грудей:

- голова і тулуб знаходяться на одній лінії;
- обличчя дитини звернуте до груді матері, а носик дитини – навпроти соска;
- тільки дитини близько пригорнуте до тіла матері;
- мати повинна притримувати все тільки дитини знизу.

Ознаки правильного прикладання дитини до грудей матері:

- підборіддя торкається груді матері;
- ротик дитини широко розкритий;
- нижня губа вивернута;
- щічки округлені або розтікаються на груді матері;
- мати не відчуває біль навіть при тривалому смоктанні;
- чути, як дитина ковтає молоко.

Порушення правильної техніки годування грудьми виникають в основному при:

- недосвідченності матері і медичного персоналу;
- годуванні дитини з пляшечки в пологовому будинку (“плутанина сосків”);
- туге сповивання дитини, обмеження її рухів;
- деяких анатомічних варіантів форми сосків у матері;
- допоювання, або догодовування дитини між годуваннями.

Наслідки неправильної техніки грудного вигодовування

- утворення тріщин ,біль при годування грудьми, страх перед відчуттям болю, гальмування рефлексу виведення молока;

- неефективне смоктання дитини, а отже його незадоволення, зниження маси тіла;
- невисмоктане молоко в грудях призводить до лактостазу і зменшення його секреції;
- розвивається так звана “гіпогалактія”;
- наслідком утворення тріщин і лактостазу може бути мастит.

Методи розрахунку добового та разового об’єму їжі. Для орієнтовного розрахунку необхідного об’єму грудного молока дитині віком 7-8 днів можна скористатися такими методами:

1. Формула Фінкільштейна

Кількість молока = $n \times 70$ (маса тіла при народженні менше 3200 г) або
 $n \times 80$ (маса тіла при народженні більше 3200 г), де n – вік дитини у днях

2. Формула Зайцевої:

Кількість молока = 2% маси тіла при народженні $\times n$, де n – вік дитини у днях.

3. Об’ємний метод – застосовують для дітей віком понад 10 днів.

- з 7-10 днів до 2 місяців – 1/5 маси тіла;
- з 2 місяців до 4 місяців – 1/6 маси тіла;
- з 4 місяців до 6 місяців – 1/7 маси тіла;
- з 6 місяців до 9 місяців – 1/8 маси тіла;
- з 9 місяців до 12 місяців - 1/9- 1/10 - маси тіла;

Загальний об’єм їжі не повинен перевищувати 1000 мл.

У віці 6-ти місяців виникає необхідність у розширенні раціону харчування дитини та введення до нього додаткових продуктів (пригодовування). Це дуже відповідальний етап переходу дитини на нову програму харчування.

Пригодовування – це якісний додаток до їжі, не має на меті витіснити грудне годування, а лише познайомити малюка з новими смаками та збагатити його раціон.

ВООЗ рекомендує введення пригодовування не раніше 6 місяця.

Критеріями для початку підгодовування дитини є:

- вік понад 6 місяців;
- згасання рефлексу “виштовхування” та поява скоординованого рефлексу переміщення їжі язиком та ковтання її;

- поява рухів жування при потраплянні в ротик їжі густої консистенції;
- початок прорізування зубів;
- поява зацікавленості дитини до того, що їдять інші – харчовий інтерес;
- достатня зрілість травного каналу, яка дає можливість засвоювати невелику кількість прикорму без диспептичних розладів та алергічної реакції.

Загальні правила введення пригодовування:

- протягом доби лише одне годування замінюється пригодовуванням (приготовленою їжею), інші 4 рази дитина отримує материнське молоко;
- перше пригодовування дається на другому годуванні, тобто о 10 годині;
- перший раз приготовлена їжа у невеликій кількості (15-20 мл) дається після короткочасного годування грудьми. Надалі треба щоденно збільшувати об'єм пригодовування і зменшувати кількість молока; пригодовування потрібно давати ложечкою, а не через соску;
- приготовлена їжа повинна бути гомогенною;
- поступово рідку їжу потрібно замінити густою, яка привчає дитину до жування;
- новий вид пригодовування починати лише здоровій дитині.

Оцінка позитивної ефективності годування:

- нормальне збільшення маси тіла та інших показників фізичного розвитку дитини;
- задовільний нервово-психічний розвиток дитини;
- нормальні показники аналізу крові (кількість гемоглобіну);
- дитина не повинна хворіти, а якщо гостра патологія (ГРВІ, бронхіт) появиться, то перебіг захворювання не тяжкий;

Грудне вигодовування протипоказане при:

- галактоземії у малюка
- інфікуванні матері Т-лімфотропним вірусом людини I та II типів
- мати приймає наркотичні засоби
- ВІЛ-інфіковані жінки можуть вигодовувати дитину грудним молоком при умові, що мати приймає антиретровірусну терапію

Тимчасові обмеження грудного вигодовування:

- бруцельоз у матері
- лікування, яке не сумісне з ГВ
- мати проходить процедуру рентгенографії з використанням радіоізотопів
- у матері активна фаза простого герпесу з ураженням шкіри навколо грудей.

Грудне вигодовування тимчасово припинити, але дозволено годувати дитину зцідженим молоком:

- у матері активна форма туберкульозу (відновити грудне вигодовування після лікування та консультації лікаря);
- вітряна віспа у матері, що діагностована протягом 5 днів до пологів та в перші дні після пологів.

Перешкодою до годування дитини груддю (з боку матері) є: неправильна форма сосків, тугі груди, тріщини сосків, катаральний і гнійний мастит. При катаральному маститі дитину годують до останньої можливості, обов'язково зціджуючи молоко, що залишилося в грудях. При гнійному маститі, коли є домішки гною в молоці, годувати груддю припиняють. Молоко при цьому необхідно відціджувати молоко відсмоктувачем, а не руками. При плоских сосках або тріщинах на соски кладуть накладки. Перешкоди при годуванні груддю можуть бути і з боку дитини. Це незарощення верхньої губи і твердого піднебіння, вроджені зуби, важкі пологові травми, глибока недоношеність. Утруднення часто виникають у дітей, що страждають на стоматит, пліснявку, при наявності нежиті тощо.

Лактаційний криз. У багатьох матерів-годувальниць через 1-1,5 місяці після пологів виникає так званий лактаційний криз, тобто короткочасне зменшення об'єму лактації, що супроводжується зникненням відчуття «припливу» молока. Це явище фізіологічне, пов'язане з гормональними процесами в організмі жінки і за умов правильної тактики лактація може бути повністю відновлена. У деяких жінок

в динаміці лактації такі лактаційні кризи виникають декілька разів.

Голодний криз. Іноді виникає так званий голодний криз (частіше на 3, 7 та 12 місяцях лактації). Виникнення такого кризу пов'язують з інтенсифікацією процесів росту дитини в окремі періоди її розвитку, коли потреба в молоці підвищується та перевищує існуючий об'єм лактації. Голодний криз — також явище тимчасове, за умов правильної тактики молочні залози матері відповідають на підвищену потребу в молоці підвищенням його продукції і через декілька днів знову встановлюється «динамічна рівновага».

Гіпогалактія – недостатня кількість молока у матері. Розрізняють ранню (виникає у перші 10 днів після пологів) і пізню (через 10 днів після пологів). Вона може бути **ранньою (первинною)**, що виникає відразу після пологів, або **пізньою (вторинною)**, що виникає в більш пізні строки. Однією з причин первинної гіпогалактії є інфантилізм статевого апарату, в тому числі і недостатній розвиток молочних залоз. Частими факторами, що сприяють виникненню первинної гіпогалактії, є тяжкі токсикози вагітності, оперативні втручання під час пологів, кровотечі, гормональна стимуляція пологів. Вторинна гіпогалактія розвивається в результаті пізнього прикладання до груді, порушення техніки годування (безладне годування і недостатнє спорожнення грудних залоз), на ґрунті перевтомлення, через психічні травми тощо. **Причини гіпогалактії:**

- неповноцінна інформація і підготування вагітної жінки до правил грудного годування;
- внаслідок захворювання матері (неврологічна і ендокринна патологія, захворювання серцево-судинної системи, доброякісні пухлини статевих органів та ін.);
- пізній гестоз вагітності;
- надмірна кровотеча під час пологів;
- стресові стани, алкоголь, наркотики, куріння;
- приймання медикаментів під час вагітності, пологів і в післяпологовому періоді;
- пізнє прикладання дитини до грудей, порушення правил прикладання;
- нераціональний режим і харчування матері, її фізичне і розумове перенавантаження;
- пологи у пізньому віці (понад 35 років);
- галакторея;
- мастити.

Профілактика гіпогалактії полягає в ранньому прикладанні дитини до груді, дотриманні режиму годування дитини. При цьому слід чергувати прикладання дитини до лівої і правої груді і стежити за повним спорожненням грудних залоз. Важливу роль у профілактиці гіпогалактії відіграє психологічна підготовка майбутньої матері до годування дитини груддю. На лактацію позитивно впливає масаж грудних залоз, який здійснюється в останні 2 міс вагітності. Тривалість масажу 23 хв двічі на день.

3. Штучне та змішане вигодовування. Характеристика. Харчування дітей після року

Штучне годування – це такий вид годування дитини, коли на першому півріччі життя вона зовсім не отримує материнського молока або його кількість менша 1/5 необхідного добового об'єму їжі.

Показання до штучного годування:

- відсутність у матері молока (агалактія);
- психічні захворювання матері;
- декомпенсована патологія матері (серцево-судинної, ниркової та інших систем);
- ВІЛ –інфікована мама;
- соціально-побутові умови (ранній вихід матері на роботу, заняття в навчальних закладах);
- особисте небажання матері годувати дитину грудьми для збереження залоз;

Для штучного годування дітей замість материнського молока використовують спеціально приготовлені суміші, які найчастіше готуються з коров'ячого молока.

Суміші поділяються на 2 групи:

- адаптовані
- неадаптовані

Кожна з цих груп ділиться на солодкі і кисломолочні. Адаптовані молочні суміші за складом білків,

жирів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин наближаються до грудного молока. Крім того, вони адаптовані до особливостей травлення і метаболізму дітей першого року життя. **Неадаптовані солодкі молочні суміші** – це звичайне молоко тварин. Найчастіше застосовується коров'яче молоко. Перед вживанням цільне коров'яче молоко треба розвести, найкраще 5 % круп'яним відваром (одна чайна ложка рисової чи гречаної крупи на 100 мл води). Адаптовані суміші за всіма параметрами є найбільш раціональними для годування дитини першого року життя при штучному годуванні. При розрахунку годування необхідно користуватися кількістю білків, жирів, вуглеводів в сумішах, які зазначені на упаковці.

Правила штучного годування:

- при переведенні дитини з природного годування на штучне треба при кожному годуванні спочатку дати штучну суміш, після цього догодувати грудьми; об'єм суміші поступово збільшується до повної заміни жіночого молока;
- температура суміші для годування повинна бути в межах 35-40°C; соску треба після кожного годування промити і прокип'ятити;
- отвори в сосці повинні бути такими, щоб молочна суміш з пляшечки не текла цівкою, а виходила краплями;
- приготувану свіжу штучну суміш дитина отримує з пляшечки з соскою; пляшечку треба тримати під нахилом так, щоб шийка пляшечки була весь час заповнена молоком і повітря не надходило в ротovu порожнину, бо значне ковтання повітря призводить до зригування;
- найкраще годувати дитину не з пляшечки, а ложечкою;
- приготувану суміш можна зберігати при кімнатній температурі не більше 2 годин, в холодильнику – до 24 год.;
- не можна часто змінювати одні суміші іншими, дитина повинна звикнути до кожної нової суміші;
- не слід одночасно користуватися кислими і солодкими сумішами;
- при штучному годуванні добовий об'єм їжі відповідає віковому об'ємі;
- добова кількість годувань до введення прикорму на одне годування менше, ніж при природному годуванні, тобто 6 разів на добу з першого місяця життя.

Змішане годування – це такий вид годування, коли дитини на першому півріччі життя протягом доби отримує, крім жіночого молока, молочні суміші у кількості понад 1/5 добового раціону. Отримування штучної суміші при змішаному годуванні називається догодовуванням

Ознаки того, що дитина отримує недостатню кількість грудного молока – ВІРОГІДНІ:

- дитина незадоволена після годування грудьми;
- дитина часто плаче;
- дуже часті годування;
- дитина відмовляється від грудей;
- у дитини тугий, сухий, або зелений стілець;
- у дитини рідкий стілець у невеликому об'ємі;
- при зціджуванні немає молока;
- відсутнє відчуття прибування молока перед годування.

ДОСТОВІРНІ ОЗНАКИ:

- недостатнє збільшення маси тіла (500г за місяць або 125г за тиждень)
- виділення незначної кількості концентрованої сечі (менше, ніж 6 разів за добу).

Правила догодовувань:

1. Молочну суміш давати тільки після годування груддю. Для максимального використання грудного молока і для стимуляції лактації залишки його після кожного годування груддю зцідити і давати разом з молочною сумішю.

2. Недопускати тривалих (понад 3-6 годин) інтервалів між годуваннями груддю.

3. Молочну суміш давати за допомогою горнятка, ложечки а не через соску.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Яке вигодовування називається природним?
2. Чому грудне молоко є найкращим для вигодовування грудної дитини?
3. Що таке лактація?
4. Які лактаційні кризи Ви знаєте?
5. Що таке прикорм?
6. Правила введення прикорму.
7. Що таке докорм?
8. Які коригуючі фактори Ви знаєте?
9. Яке вигодовування називається змішаним?
10. Яке вигодовування називається штучним?

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №1

ТЕМА: «Медсестринське обстеження дітей та догляд за ними»

Мета заняття: здійснити обстеження здорової та хворої дитини різних вікових періодів.

Забезпечення заняття: пацієнт, члени його сім'ї, медичні карти амбулаторних хворих, індивідуальна карта розвитку дітей різного віку.

Конкретні цілі: на практичному занятті студенти повинні:

знати:

- особливості періодизації дитячого віку;
- вікові особливості дітей і їхню характеристику;
- методику об'єктивного обстеження дітей;
- чинні накази;

вміти:

- зібрати анамнез та скарги у батьків та дитини;
- оволодіти методикою об'єктивного обстеження дітей;
- оцінити отримані результати дослідження стану органів і систем;
- здійснити догляд за дітьми.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Методика обстеження дитини має свої особливості, вона вимагає від медсестри не тільки міцних знань, а й уміння знайти підхід до дитини і викликати у неї та її батьків довір'я до себе. Розмову з матір'ю маленького пацієнта і з самим пацієнтом не можна замінити ніякою найдосконалішою технікою, ніякими лабораторними обстеженнями. Саме з розмови повинно починатися обстеження дитини. **Воно складається:** з анамнезу (розпитування матері або рідних, а також самої дитини) і об'єктивного обстеження.

План збирання анамнезу. Спочатку доцільно зібрати анамнез у матері або батька, а потім доповнити його розмовою з хворою дитиною, у разі потреби — віч-на-віч. Бажано, щоб у кабінеті, в якому ведеться прийом, були іграшки для дітей різного віку. З'ясувавши ім'я, прізвище і вік дитини, найкраще починати збирання анамнезу з розпитування матері, терпляче вислухати все, що вона вважає за потрібне розповісти лікарю про хворобу своєї дитини.

Після цього слід додатково розпитати **анамнез захворювання (anamnesis morbi)**, коли і як почалося захворювання, як воно проявлялося і розвивалося, яке проводилося лікування і якою була його ефективність. Дуже важливо зібрати функціональний анамнез: уточнити можливі порушення, що розвинулися через захворювання дитини, функцій центральної нервової, ендокринної та серцево-судинної систем, органів дихання, травлення, інших органів і систем до моменту її обстеження.

Зібравши анамнез (історію) захворювання (anamnesis morbi), з приводу якого дитина та її батьки звертаються за допомогою, медсестра починає збирати **анамнез життя (anamnesis vitae)**. В цей час уточнюють такі моменти: кількість попередніх вагітностей та пологів у матері, число викиднів, причини передчасного переривання вагітності, яким був перебіг цієї вагітності. Якщо мати хворіла під час вагітності, то чим саме і яким був перебіг захворювання; яку вона виконувала роботу на виробництві, чи стикалася зі шкідливими речовинами та чинниками (наприклад, радіацією, рентгенівським випромінюванням, електромагнітними коливаннями ультрависокої частоти), чи закінчилася вагітність у визначений термін, якими були пологи.

Особливої уваги заслуговує перебіг періоду **новонародженості**: стан дитини після народження, показники маси тіла і зросту, наявність пологової травми, асфіксії, перенесені захворювання періоду новонародженості, стан пупкової ранки, вигодовування. Розпитують, коли дитину було вперше прикладено до грудей, як її вигодовували — по годинах чи у вільному режимі, з нічною перервою чи без неї, коли було введено пригодовування та догодовування, яке пригодовування мала дитина, коли її

відлучено від грудей, з якого часу немовля одержувало соки, вітаміни, зокрема кальциферол, якою була дієта протягом 1-го року життя і в наступні роки, як годували дитину перед початком захворювання і під час нього.

Далі розпитують про *фізичний і психічний розвиток* дитини: коли почала тримати голову, самостійно сидіти, стояти, ходити, як розвивалася мова, а також збирають відомості про різні навички і вміння. З'ясовують, які захворювання перенесла дитина, який їх перебіг і як вони піддавалися лікуванню, чи немає венеричних захворювань у сім'ї, які матеріально-побутові умови, де росте дитина. Необхідно вивчити культурні та гігієнічні навички в сім'ї, умови виховання, поведінку дитини вдома та в дитячому колективі.

Дуже важливо зібрати *епідеміологічний, імунологічний та алергологічний анамнез*: контакти з інфекційними хворими протягом останніх 21 дня, перенесені інфекційні захворювання, профілактичні щеплення, які було зроблено дитині; чи вводилися імунні сироватки, імуноглобуліни, чи не було у неї проявів алергії, реакції на харчові продукти, лікарські засоби тощо.

Генетичний анамнез включає відомості про спадкові хвороби у дитини і родичів, стан здоров'я батьків. Зібравши анамнез життя, приступають до об'єктивного обстеження.

Об'єктивне обстеження дитини завжди починають з оцінки її загального стану і положення тіла. Далі вимірюють масу тіла, зріст, окружність голови, грудної клітки, живота. Оглядають шкіру, слизові оболонки, голову, шию, грудну клітку, живіт, кінцівки. Огляд дитини починається з того моменту, коли вона з'являється в полі зору медичного працівника. Для огляду дитину краще покласти на сповивальний столик або на кушетку. Рекомендується повністю роздягати пацієнта для огляду.

Медичний працівник повинен дбати про те, щоб не злякати дитину. Не потрібно негайно роздягати дитину, спочатку слід провести попереднє загальне спостереження і завоювати її довір'я, після чого роздягти і провести детальний огляд усього тіла.

Перед обстеженням необхідно увійти в контакт з дитиною. Починаючи огляд дитини раннього та дошкільного віку, рекомендується показати їй та дати в руки іграшку, добитися встановлення у неї доброго настрою. Руки того, хто обстежує, та його інструменти повинні бути теплими, треба намагатися своїми діями завоювати довіру в дитини. З дітьми дошкільного та шкільного віку слід встановити дружні стосунки ще під час збирання анамнезу. Страх, неспокій, плач, крик, прояви опору значно утруднюють обстеження. Проте, маючи певний досвід, можна також досить повно обстежити дитину, яка плаче.

Проводячи послідовно огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию, досліджують усі органи та системи дитячого організму. Здійснюють пальпацію шкіри, підшкірної жирової клітковини, м'язів, лімфатичних вузлів. Досліджують органи дихання, серцево-судинної системи, органи травлення, сечовиділення, нервову та ендокринну системи, органи чуття.

Усі фізичні дослідження, що можуть спричинити біль або зумовити неприємні відчуття, краще проводити наприкінці об'єктивного обстеження (визначення симптомів Ортнера, Пастернацького, огляд порожнини рота і горла за допомогою шпателя).

Потрібні велика майстерність і уміння, щоб зацікавити маля, викликати його довір'я й успішно провести об'єктивне обстеження. Це вдається тільки тим, хто любить і розуміє дітей, уважно ставиться до будь-яких проявів їхньої поведінки (протестів, страхів, плачу), враховує особливості дитячої психіки, у кого лагідні і теплі руки. Необхідно враховувати дитячі примхи, навчитися поділяти їхню зацікавленість, увійти в чарівний світ дитини і дати їй можливість відчути, що ви друг, повірити, що ви добра людина. Дуже важливо вміти подолати протест дитини, заспокоїти її, зігріти теплом любові в момент відчаю і зробити менш болісною розлуку з батьками, домівкою тоді, коли її кладуть у лікарню.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАВДАНЬ

Завдання 1. Здійснити I та II етапи медсестринського обстеження (вияснити паспортні дані дитини, розпитати скарги, зібрати анамнез, виділити проблеми).

Завдання 2. Провести об'єктивне обстеження (огляд, виміряти масу тіла, зріст, окружність голови, грудної клітки, живота. Оглянути шкіру, слизові оболонки, голову, шию, грудну клітку, живіт,

кінцівки).

Завдання 3. *Визначити життєво важливі показники дитини (підрахувати ЧД, Рs; виміряти АТ) та заповнити температурний листок.*

Завдання 4. *Заповнити медичну документацію.*

Завдання 5. *Здійснити догляд за здоровими та хворими дітьми.*

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЮ

1. Особливості обстеження здорової та хворої дитини.
2. Критерії оцінки стану тяжкості дитини.
3. Особливості диспансеризації дитячого населення.
4. Які особливості АТ у дітей в порівнянні з дорослими?
5. Який показник пульсу новонародженого і 5-ти річної дитини?
6. Яка частота дихальних рухів в новонародженій і 10-ти річної дитини?
7. Які періоди дитячого віку Ви знаєте?
8. Згідно якого наказу МОЗ України здійснюється догляд за дитиною до 3-х років.
9. Як оцінити фізичний розвиток дитини?
10. Який тип дихання 5-ти річної дитини?

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №2

ТЕМА: «Принципи роботи дитячої дошкільної установи. Фізичний та нервово-психічний розвиток дітей»

Мета заняття: ознайомитися із структурою дитячої дошкільної установи, обов'язками сестри медичної, дати оцінку фізичного та нервово-психічного розвитку дітей відповідно до віку.

Забезпечення заняття: медичні ваги, зростомір, сантиметрова стрічка, індивідуальна карта розвитку дитини, документація сестри медичної.

Конкретні цілі: на практичному занятті студенти повинні:

знати:

- структуру дитячого дошкільного закладу та поділ дітей на групи;
- обов'язки сестри медичної ДДЗ;
- формули для розрахунку фізичного розвитку;
- показники нервово-психічного розвитку різних вікових груп;
- чинні накази;

вміти:

- володіти навичками організації режиму дитячих дошкільних закладів;
- володіти навичками проведення антропометрії;
- володіти навичками підрахунку частоти дихальних рухів, пульсу;
- провести розрахунки для оцінки фізичного розвитку;
- здійснювати одягання та переодягання дітей;
- оцінити нервово-психічний розвиток на основі спостереження за поведінкою різних вікових груп;
- володіти навичками заповнення медичної документації;

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Дитяча дошкільна установа—це установа для виховання дітей переддошкільного і дошкільного віку.

Основним принципом роботи є:

- забезпечення фізичного розвитку;
- забезпечення розумового розвитку;
- забезпечення трудового розвитку;
- забезпечення естетичного і гігієнічного виховання дітей.

Дитячі ясла-садок складаються з груп відповідно до віку і рівня розвитку:

- I група - діти раннього віку (1-2 рік життя);
- II група - молодша (3 рік життя);
- III група-середня (4 рік життя);
- IV група-старша (5 рік життя);
- V група-підготовча(б рік життя);

Кожна група має свій ізольований майданчик для прогулянок, який обладнаний інвентарем для ігор.

Дитячий садок має такі приміщення:

- 1) роздягальні, їдальні, групові кімнати, спальні-веранди, туалети;
- 2) зал для музичних і фізкультурних занять;
- 3) медичні приміщення кабінет лікаря і медичної сестри, ізолятор з окремим виходом на вулицю;
- 4) методичний кабінет;
- 5) адміністративно господарські приміщення.

Меблі в групах відповідають віковим нормам. Туалетні кімнати обладнані спеціальними низькими мивальниками, вішалками для рушників, низькими унітазами.

Сестра медична сумісно з лікарем спостерігають за станом здоров'я дітей, санітарним станом і раціональним харчуванням та контролюють режим дня.

Отже, сестри медичної проводить лікувальну, профілактичну, протиепідемічну роботу, заповнює медичну документацію. Важливе місце в роботі сестри медичної має **санітарно-освітня робота**, яку вона проводить з батьками, дітьми та молодшим персоналом за допомогою лекцій, бесід. У кожній групі є куточок для батьків.

Методика антропометричних замірів

Основними критеріями фізичного розвитку є:

- маса тіла;
- довжина тіла (зріст);
- обвід голови;
- обвід грудної клітки;
- індекси пропорційності.

Оцінку фізичного розвитку проводять шляхом порівняння індивідуальних антропометричних показників із нормативними. Існує два методи порівняння антропометричних параметрів:

- **метод орієнтованих розрахунків** (використання емпіричних формул);
- **метод антропометричних стандартів** (використання сигмальних та центильних таблиць).

При народженні доношеної дитини, враховуючи допустимі нормативні коливання:

- **маса тіла становить 2700 – 4000 г** (в середньому 3200 – 3500 г);
- **довжина тіла становить 46 – 56 см** (в середньому 50 см);
- **обвід голови становить 34 - 36 см** (в середньому 35 см);
- **обвід грудної клітки 32 – 34 см** (в середньому 33 см).

Методика визначення та розрахунку основних показників фізичного розвитку здорової дитини

1. Метод орієнтованих розрахунків(використання емпіричних формул)

Маса тіла. Правила виміру маси тіла. Перед кожним використанням ваги, на якій визначається маса тіла, необхідно перевірити їх горизонтальне розміщення та відрегулювати. Дитина до 6 місяців вкладається на спеціальну горизонтальну дитячу вагу в горизонтальному положенні на спині. Дитина старша 6-7 місяців знаходиться на такій же горизонтальній вазі, однак у сидячому положенні. Якщо немає протипоказів за станом здоров'я, дитину роздягають і кладуть на попередньо застелений пелюшкою лоток ваги головою на його широку частину. Від отриманої сумарної величини маси віднімають масу всіх пелюшок (чи іншого одягу, якщо дитина була одягнена). Після року при визначенні маси тіла дитина знаходиться у вертикальному (стоячому) положенні на медичній лотковій вазі. Для визначення точного показника маси тіла дитини розглянута методика має проводитися зранку до першого годування, після сечовиділення та стільця.

Фізіологічна втрата маси тіла. В перші дні життя дитини маса тіла дещо зменшується. Вважається максимально допустимим зменшення маси тіла на **6-8%** від маси тіла при народженні. Цей процес продовжується до третього дня життя, а до 7-8 дня вага тіла новонародженого відновлюється – **ідеальний тип відновлення маси тіла**, який спостерігається в 1/5 дітей. В усіх інших випадках необхідне збільшення маси тіла до вихідного рівня затягується до другого тижня життя дитини – **сповільнений тип відновлення маси тіла**. Дуже рідко відбувається відновлення маси тіла на третьому тижні життя дитини. **Фізіологічна втрата маси тіла обумовлена наступними факторами:**

- великими екстраренальними втратами рідини (perspiratio insensibilis) через легені та шкіру;
- у зв'язку із відходженням первородного калу та сечі;
- блюванням проковтнутою під час пологів навколоплідною рідиною;
- відпаданню пуповинного залишку;
- підсиханням пупкової рани;
- отриманням невеликої кількості материнського молока при втраті великої кількості енергії (після народження починають функціонувати всі органи і системи новонародженого).

Розрахунок необхідної маси тіла.

Маса тіла до 1 року (розраховується формулами до 6 міс. та після 6 міс.):

- Маса тіла (до 6 місяців) = Маса тіла при народженні + 800 x n; n – вік дитини в місяцях;
- Маса тіла (після 6 місяців) = Маса тіла при народженні + 800 x 6 + 400 (n – 6); n – вік дитини в місяцях.

Маса тіла після 1 року (розраховується формулами від 1 року до 12 років та від 12 років до 15 років):

- Маса тіла (1-12 років) = 10,5 + 2 x n; n – вік дитини в роках;
- Маса тіла (12-15 років) = (n x 5) – 20; n – вік дитини в роках.

Щомісячний приріст маси тіла здорової доношеної дитини на першому році життя.

Чим менший вік дитини, тим швидше збільшується її вага тіла (крім першого місяця життя). В 10 – 11 місяців життя дитини вага її збільшується приблизно в 3 рази і в 1 рік вага тіла становить в середньому 10,5 кг (табл. 1).

Таблиця 1. Закономірності збільшення маси тіла дітей першого року життя

Вік (в місяцях)	Збільшення маси тіла (г) щомісячно
1	600
2	800
3	800
4	750
5	700
6	650
7	600
8	550
9	500
10	450
11	400
12	350

Розглянуті методи визначення маси тіла є орієнтованими, так як маса дитини є дуже варіативним показником. Вона швидко реагує на різні зовнішні та внутрішні фактори, залежить від спадковості та расової приналежності.

Довжина тіла. Правила виміру довжини тіла. Дитина першого року життя кладеться на горизонтальний ростомір, покритий пелюшкою. Голова дитини розміщується біля нерухомої стінки ростоміру так, щоб верхній край зовнішнього слухового проходу та край нижньої повіки дитини знаходились на одній вертикальній лінії. Нижні кінцівки у розігнутому положенні притискаються до дерев'яної поверхні. До стоп прикладається рухома планка ростоміру. Довжина тіла дитини дорівнює відстані від нерухомої стінки до рухомої планки. Вона вказана цифрами вздовж ростоміру. Довжина тіла у старших дітей вимірюється в стоячому положенні на стандартному дерев'яному ростомірі. Дитини притискається до вертикальної планки потилицею, відділом хребта між лопатками, куприком та п'ятами. Голова розміщується в такому положенні, щоб між нижньою повікою та верхнім краєм зовнішнього слухового проходу візуально проводилася горизонтальна лінія. Руки опущені вздовж тіла, пальці розігнуті в суглобах, долоні спрямовані на стегна. В такому положенні до голови опускається рухома планка ростоміру, а місце її зупинки безпосередньо вказує на довжину тіла дитини. Важко хворим старшого віку індивідуально вимірюється довжина тіла в лежачому положенні. **Розрахунок необхідної довжини тіла.**

Довжина тіла до 1 року. При цьому умовою є врахування приросту довжини тіла щоквартально, а в кварталі – щомісячно:

I квартал (1-3 місяців) => кожний місяць по 3 см => за квартал 9 см => 59 см;

II квартал (3-6 місяців) => кожний місяць по 2,5 см => за квартал 8 см => 67 см;

III квартал (6-9 місяців) => кожний місяць по 1,5 см => за квартал 5 см => 72 см ;

IV квартал (9-12 місяців) => кожний місяць по 1 см => за квартал 3 см => 75 см.

Отже, чим менший вік дитини на першому році життя, тим інтенсивніше її ріст. За 12 місяців довжина тіла збільшується в 1,5 разів. **В середньому ріст дитини в 1 рік становить 75 см.** В подальшому швидкість росту дитини зменшується.

Довжина тіла після 1 року (розраховується формулами від 2 років до 4 років, від 4 років до 8 років, від 8 років до 15 років):

- Довжина тіла (2-4 років) = $100 - 8(4 - n)$; n – вік дитини в роках;
- Довжина тіла (4-8 років) = $100 + 6(n - 4)$; n – вік дитини в роках;
- Довжина тіла (4-8 років) = $130 - 7(8 - n)$; n – вік дитини в роках;
- Довжина тіла (8-15 років) = $130 + 5(n - 8)$; n – вік дитини в роках.

Швидкість збільшення довжини тіла після грудного віку характеризується нерівномірністю в різні роки життя. Більш швидке збільшення довжини тіла (**перший ростовий поштовх**) спостерігається у хлопчиків в 4-4,5 років та у дівчаток в 6-7 років. Далі швидкість росту сповільнюється: в 11-14 років у дівчаток та 12-17 років у хлопчиків (**другий ростовий поштовх**) і в подальшому суттєво сповільнюється. Довжина тіла досягає свого максимуму в 18-20 років. **Обвід голови.**

Правила виміру обводу голови. Сантиметрову стрічку прикладають позаду в місці максимального вип'ячування потиличного горба, попереду – по надбрівних дугах.

Розрахунок необхідного обводу голови.

Обвід голови до 1 року. При цьому умовою є врахування приросту обводу голови в кожному півріччі, а в півріччі – щомісячно:

I півріччя => щомісячний приріст обводу голови складає 1,5 см;

II півріччя => щомісячний приріст обводу голови складає 0,5 см.

Обвід голови після 1 року (розраховується з урахуванням щорічного приросту обводу голови від 1 року до 5 років та від 5 років до 15 років):

1 – 5 років => щорічний приріст обводу голови складає 1 см;

5 – 15 років => щорічний приріст обводу голови складає 0,6 см.

Обвід грудної клітки. Правила виміру обводу грудної клітки. В грудному віці вимірюється в лежачому положенні, а на другому році життя – в стоячому положенні. Сантиметрова стрічка прикладається позаду під кутами лопаток, попереду – над сосками та натягується орієнтовно на 1 см. У дівчаток в пубертатному періоді стрічка попереду накладається над грудними залозами на рівні IV ребра.

Розрахунок необхідного обводу грудної клітки.

Обвід грудної клітки до 1 року. При цьому умовою є врахування приросту обводу грудної клітки в кожному півріччі, а в півріччі – щомісячно:

I півріччя => щомісячний приріст обводу грудної клітки складає 2 см;

II півріччя => щомісячний приріст обводу голови складає 0,5 см.

Обвід грудної клітки після 1 року (розраховується з урахуванням щорічного приросту обводу голови від 1 року до 10 років та від 10 років до 15 років):

1 – 10 років => щорічний приріст обводу голови складає 1,5 см;

10 – 15 років => щорічний приріст обводу голови складає 3 см.

Отже, в першому півріччі окружність грудної клітки щомісячно збільшується швидше (по 2 см), ніж окружність голови (по 1,5 см). **В 4-х місячному віці спостерігається так званий «перехрест», коли розміри голови та грудної клітки є однаковими.** У другому півріччі щомісячне збільшення голови ідентичне грудній клітці (по 0,5 см), після чого до 15 років грудна клітка «росте» швидше, ніж голова.

2. Метод антропометричних стандартів (використання сигмальних та центильних таблиць).

Метод антропометричних стандартів є більш точним і полягає у порівнянні показників дитини з віковими, статевими, регіональним та расовими стандартами, тобто сигмальними та центильними

таблицями.

Сигмальні таблиці представлені середньою арифметичною величиною того чи іншого антропометричного показника (М) та середнім квадратичним відхиленням (у). Середня арифметична – найбільша загальна характеристика варіаційного ряду і не може повністю характеризувати рівень фізичного розвитку. Для характеристики різноманітності варіаційного ряду і ступеня відхилення конкретного показника від середньої величини визначають середнє квадратичне відхилення «у».

Найбільш інформативною є центильна оцінка фізичного розвитку, яка абсолютно не залежить від форми розподілу ознак. Якщо антропометричний показник потрапляє у межі від 25 до 75 центиля, він може вважатися середнім для даного віку, статі. Більш зручним у використанні є центильні графіки.

Нервово – психічний розвиток дітей

Терміни розвитку моторики в дітей грудного віку

Дії	Середній термін	Коливання
Усмішка	5 тиж.	3–6 тиж.
Гуління	7 тиж.	4–11 тиж.
Тримання голови	3 міс.	2–4 міс.
Спрямовані рухи рукою	4 міс.	2,5–5,5 міс.
Перевороти зі спини на живіт	5 міс.	3,5–6,5 міс.
Сидіння	6 міс.	4,5–8 міс.
Повзання	7 міс.	5–9 міс.
Вставання	9 міс.	6–11 міс.
Крокування з підтримкою	9,5 міс.	6,5–12,5 міс.
Стояння	10,5 міс.	8–13 міс.
Самостійне ходіння	11,5 міс.	9–14 міс.
Вимовляння слів	10 міс.	8,5–11,5 міс.

Для дітей першого півріччя життя — це формування слухових і зорових орієнтовних реакцій, позитивних емоцій, рухів кінцівок, рухових навичок, підготовчих етапів активної мови й умінь.

У віці від 6 до 12 міс оцінюють розвиток загальних рухів, розуміння мови, активної мови, дій з предметами, умінь і навичок, що проявляються в процесі спілкування дітей один з одним.

На 2-му році життя основними показниками є такі: розвиток розуміння й активної мови; сенсорний розвиток, ігри та дії з предметами; подальше становлення рухової активності, умінь і навичок.

У віці від 2 до 3 років основними показниками є: активна мова, участь в іграх, конструктивна та образотворча діяльність, рухова активність.

Для оцінки нервово-психічного розвитку дітей від 3 до 7 років користуються даними спостережень за поведінкою дитини під час різних режимних моментів, при проведенні поглиблених лікарських оглядів, а також характеристики педагога. При цьому основними показниками є моторний розвиток та зорова координація, розвиток мови, пізнавальна діяльність, соціально культурний розвиток.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАВДАНЬ

Завдання 1. Ознайомитися з структурою та роботою ДДУ.

Завдання 2. Засвоїти обов'язки роботи сестри медичної ДДУ.

Завдання 3. Провести антропометричні вимірювання в різних вікових групах та оцінити фізичний розвиток дітей.

Завдання 4. Спостерігати за поведінкою дітей у різних вікових групах, взяти участь в організації розваг і прогулянок з дітьми та оцінити нервово-психічний розвиток.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЮ

1. Яка мета дитячої дошкільної установи та її принципи роботи?
2. Як сформовані групи в ДДУ?
3. Яка структура дитячої дошкільної установи?
4. В чому полягає принцип групової ізоляції?
5. Які обов'язки сестри медичної?
6. Як провести антропометричні вимірювання?
8. Нервово-психічний розвиток дітей різних вікових груп.
9. Як стимулювати розвиток мови у дітей?
10. Як підібрати забавки дитині різних вікових періодів?
11. Значення режиму дня для різних груп.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №3

ТЕМА: «Новонароджена дитина. Перший туалет новонароджених. Догляд за новонародженими в пологовому будинку і домашніх умовах»

МЕТА: засвоїти ознаки доношеної новонародженої дитини, відрацювати елементи першого та щоденного туалету, засвоїти техніку вакцинації БЦЖ.

Забезпечення заняття: лялька – фантом, медична вага, зростомір, сантиметрова стрічка, комплект білизни для новонародженого, предмети догляду, лікарські засоби, вакцина БЦЖ, шприци, спирт, вата.

Конкретні цілі: на практичному занятті студенти повинні:

знати:

- навички організації санітарно-протиепідемічного режиму дитячого відділення;
- пологового будинку;
- анатомо-фізіологічні особливості доношеної новонародженої дитини;
- перехідні стани новонароджених;
- чинні накази МОЗ України;
- вимоги до температурного режиму, одягу немовлят;
- техніку вигодовування немовлят;
- покази, протипокази до проведення вакцинації БЦЖ та гепатиту В;

вміти:

- оцінити стан дитини за шкалою Апгар;
- відсмоктати слизь із верхніх дихальних шляхів (по показах);
- провести первинний туалет новонародженої дитини;
- провести профілактику офтальмії;
- прикласти дитину до груді;
- зігріти новонародженого;
- обробити шкіру і слизові оболонки;
- провести антропометрію;
- виявляти фізіологічні стани новонародженого;
- провести одягання;
- володіти технікою вакцинації проти гепатиту В та туберкульозу на фантомі.



ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Доношеною новонародженою дитиною вважається дитина, яка пройшла повний термін гестації (38-42) тижнів вагітності і народилася з вагою 3100-3300(для дівчаток) 3300-3500(для хлопчиків) та ростом 48-52см.

Ознаки зрілості:

- голосний крик;
- активне смоктання;
- добре утримання тепла
- активність рухів;
- добре виражені нігті;
- вираженість м'язового тону, безумовних рефлексів

Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем новонародженої дитини:

Шкіра ніжна, гладенька, еластична, набрякла, гіперемована, покрита сироподібним мастилом, багата

кровоносними судинами, протоки потових залоз розвинуті слабо.

Сальні залози починають функціонувати вже під час внутрішньоутробного розвитку та першого року життя. На голові добре розвинутий волосяний покрив, тулуб і спина покриті пушковим волоссям.

Підшкірно-жирова клітковина розвинена задовільно. Найбільш активно підшкірний жир відкладається в останні 1,5-2 міс. внутрішньоутробного розвитку і досягає максимуму до 1 року.

Кісткова система. В кістках новонароджених багато води і мало щільної речовини. Вони м'які, еластичні, менш ламкі, але легко вигинаються і деформуються.

Голова новонароджених відносно більших розмірів, шви широкі і незакриті (закриваються до 2-3 міс.) Розрізняють такі тім'ячка: велике (між лобними і тім'яними кістками розмір 2x 2,5см), мале (між тім'яними потиличною кістками) і два бокових (між тім'яними і лобною кістками-справа і зліва). Мале і бокові тім'ячка до моменту народження закриті. В рідких випадках відкрите мале, але при нормальному розвитку закривається до 2-3 міс.

Хребет рівний. Перший згин появляється в 3 міс.-шийний-лордоз, в 6 міс. – грудний кіфоз, в 9-12 міс.-поперековий лордоз.

Перші зуби появляються в 6-8 міс. - медіальні різці, бокові - 8-12 міс., перші моляри - 12-16 міс., клики - 16-20 міс., другі моляри-20-30 міс. Формула для розрахунку зубів:

Кількість зубів= $n-4$ (де n - кількість місяців).

М'язова система у новонароджених анатомічно сформована і складає 23-25% всієї маси тіла, в них спостерігається фізіологічний гіпертонус, який зникає: на верхніх кінцівках до 2-2,5 міс., на нижніх-до 3-4 міс. Впорядкованість рухів у дітей проходить відповідно до дозрівання центральних і периферичних структур нервової системи і наростання гальмівних впливів кори головного мозку, що сприяє розвитку м'язової системи.

Органи дихання. Ніс має відносно малі розміри . Носові ходи вузькі. Нижній носовий хід майже відсутній. Слизова носа ніжна, багата кровоносними судинами, в зв'язку з чим навіть невелика гіперемія веде до її набухання і затруднення носового дихання через ніс, що заважає дитині смоктати груди. *Глотка* - коротка і вузька. Лімфатичне кільце розвинено недостатньо. *Гортань* - у новонароджених коротка і широка, лійкоподібної форми, з нижніми податливими хрящами і тонкими м'язами, легко стенозується під впливом запальних явищ. *Трахея* - має еліпсоподібну форму, хрящову будову, ніжну слизову оболонку, яка багата на кровоносні судини. У новонароджених вона розміщується дещо вище, ніж у дорослих: верхній кінець її знаходиться на рівні IV шийного хребця (в дорослого -VI). Біфуркація трахеї знаходиться на рівні III грудного хребця (в дорослого - V). *Бронхи* –правий-більш широкий і короткий і є якби продовженням трахеї; лівий більш вузький і довгий, відходить під кутом. Стінки бронхів у новонароджених характеризуються наявністю гіалінових хрящових пластинок, слабкою гладкою мускулатурою, бідністю еластичних волокон. Слизова тонка з малою кількістю слизових залоз, але великою кількістю кровоносних судин. *Легені* - у новонароджених маса складає 1/54-1/34 об'єму.

Гістологічна структура характеризується великою кількістю сполучної тканини і бідністю еластичних волокон. Структурною одиницею легені є ацинус, який складається із бронхіол I, II, III порядків та альвеол. Легені мають сегментарну будову (права-10, ліва-9), диференціювання на долі і сегменти є не чіткою. Дихання забезпечується альвеолами, стабілізація стану, забезпечується завдяки сурфактанта. Сурфактант покриває тонкою плівкою внутрішню поверхню альвеол. При його відсутності виникають ателектази (хімічний склад-ліпіди).

Грудна клітка - бочкоподібна, ребра від хребта відходять під прямим кутом. Тип дихання діафрагмальний. Дихання поверхневе, часте (40 дихальних рухів на 1 хв.)

Серцево-судинна система. *Серце* новонародженого приблизно важить 20-24г, що складає 0,8% від ваги тіла. Відмічається значна нерівномірність збільшення відділів серця. У новонароджених товщина стінок шлуночків серця складає коло 5 мм, передсердь-2 мм. *Кровоносні судини.* Просвіт артерій і вен у новонароджених відносно широкий, причому артерії мають такий самий діаметр як вени. Капіляри у дітей також широкі і абсолютна кількість їх менша, ніж у дітей старшого віку.

Частота серцевих скорочень у новонароджених становить 140-160 уд. за 1 хв.

Артеріальний тиск. У зрілої доношеної дитини систолічний АТ становить 65-85 мм рт. ст. (в середньому 76 мм.рт.ст.) Мінімальний АТ складає 1/2-2/3 від максимального. Приблизний рівень максимального АТ у дітей 1-го року життя можна розрахувати за формулою: $76+2n$, де n -число місяців, 76 - середній показник систолічного тиску у новонароджених.

Система травлення. Порожнина рота мала, слизова оболонка ніжна, суха, багата кровоносними судинами, гіперемована. Язик відносно великий і майже повністю заповнює ротову порожнину. М'язи язика і губ добре розвинуті. На яснах помітне валикоподібне потовщення – дублікатура слизової оболонки. Слизова оболонка губ має поперечні складки. В товщині щік обмежені щільні жирові подушечки, комочки Біша. Жувальні м'язи добре розвинуті. Все це допомагає в акті смоктання.

Акт смоктання складається з трьох фаз:

1) аспірації; 2) стиснення соска; 3) заковтування.

Слинні залози розвинені слабо. Посилюється саливація в 4-6 міс.

Стравохід у новонароджених має лійкоподібну форму з розширенням в його кардіальній частині, еластична і м'язова тканини розвинуті слабо, а слизова багата кровоносними судинами.

Шлунок у новонароджених має циліндричну, або округлу форму, його об'єм становить 30-35 мл. Дно і кардіальна частина розвинуті слабо. М'язовий шар воротаря розвинений відносно сильно, що пояснює часті зригування і блювання у грудних дітей.

Кишківник до народження дитини відносно більший по відношенні до довжини тіла, ніж у дорослих. Слизова оболонка тонка добре васкуляризована і дуже прониклива. Лімфоїдна тканина розкидана по всьому кишківнику у новонароджених. Тонкий кишківник добре васкуляризований. Розвиток товстого кишківника до народження дитини не закінчується. Нерівномірний ріст різних відділів товстої кишки супроводжується різними порушеннями. Через добрий розвиток підслизового шару і слабій фіксації слизової оболонки у дітей може виникнути проляпс. М'язовий шар розвинений слабо. Соковиділення незначне.

Товста кишка відіграє певну роль в процесі травлення. В ньому проходить всмоктування води і формування калових мас. Всмоктування харчових речовин незначне. Функції тонкої і товстої кишок знаходяться у взаємодії і взаємовпливі.

Важливе значення має мікрофлора кишківника, переважає біфідум флора.

Перші випорожнення меконіальні, на 2-3 день перехідні, пізніше золотистого кольору з кислим запахом, якщо дитина знаходиться на природньому годуванні.

Печінка до народження дитини є найбільшим органом, займає 1/3-1/2 об'єму черевної порожнини, диференціювання на долі не виражене. До 3-х років печінка виступає на 2-3 см. з під краю реберної дуги. Фізіологічна жовтяниця виникає на 3 день життя у 75% новонароджених так, як непрямий білірубін важко вступає в сполуку з 2 молекулами глюкуронової кислоти і переходить в прямий.

Органи сечовиділення

Нирки доношеної дитини функціонують уже з перших днів життя, хоч мають недорозвинену мозкову речовину і ниркову кору. В перші 2-4 дні спостерігається фізіологічна олігурія. Пізніше сечовипускання частішають до 20-25 разів на добу і виділяється по 10-15 мл. сечі. На початку вона безбарвна, або з жовтавим відтінком, а під час піку фізіологічної жовтяниці сеча стає яскраво-жовтою і навіть коричневою. На 5-6 день і до кінця 1-го місяця життя прозора і безбарвна.

Кровотворна система

У новонароджених основним гемопоетичним органом є червоний кістковий мозок. Після народження кількість еритроцитів становить $5 \cdot 10^{12}$ в 1л, а рівень гемоглобіну становить 17-20 г %, з 2-го дня ці показники знижуються. Кількість лейкоцитів у новонароджених перебуває у межах $10 \cdot 10^9$ в 1л, перші дні переважають нейтрофіли, але на 5-й день кількість їх зрівнюється з лімфоцитами – настає так званий перший перехрест. Надалі кількість лімфоцитів зростає. У перші дні життя є підвищений вміст моноцитів і тромбоцитів.

Фізіологічні (транзиторні, перехідні) стани новонароджених

Зміни в організмі новонароджених дітей, які відображують процеси пристосування до нових умов

життя, називають перехідними (транзиторними) фізіологічними станами. Вони бувають тільки у новонароджених і пізніше ніколи вже не повторюються. Ці стани називають ще пограничними, оскільки вони межують з патологією і при несприятливих умовах можуть перейти в те чи інше захворювання. Залежно від ступеня їхнього прояву можна робити висновок про індивідуальні особливості неонатального періоду і про зрілість дитини.

Фізіологічна втрата маси тіла спостерігається майже у всіх новонароджених. В основному вона пов'язана з недостатнім надходженням води в організм і з голодуванням дитини у перші дні життя. Ступінь зменшення маси залежить від умов внутрішньоутробного розвитку, перебігу вагітності та пологів, маси тіла і статі дитини, стану її здоров'я, а також від харчування і кількості введеної рідини. Чим раніше дитину прикладають до груді, тим менше знижується і тим швидше відновлюється її маса. 70-75 % фізіологічної втрати припадає на воду, яка виводиться не тільки з сечою і випороженнями, а й через легені та шкіру. Тому при високій температурі у палатах або при надмірному закутуванні дитини значно збільшується втрата рідини. Початковий спад маси тіла відбувається у перші 3-4 дні життя і становить у середньому 4-5 % маси при народженні. Якщо втрата перевищує 9 %, то це слід вважати патологією. У здорових доношених дітей при правильному догляді і годуванні маса тіла відновлюється на кінець першого — початок другого тижня життя.

Фізіологічна жовтяниця новонароджених буває у 60-80 % випадків. У більшості дітей вона з'являється на другу-третю добу життя, рідше — на першу або четверту. Послідовність появи жовтяниці така: спочатку — на шкірі обличчя, потім — на тулубі, кінцівках, кон'юнктивах і слизових оболонках. При цьому стан дитини не порушується. Вона залишається активною, добре ссе грудь. Немає змін у внутрішніх органах. Забарвлення сечі і випорожнень не змінюється. Фізіологічна жовтяниця спричинюється посиленням розпадом еритроцитів і недосконалістю функції печінки. Жовтяниця триває кілька днів, після чого безслідно зникає. Лікування не потребує. Якщо жовтяничне забарвлення виникає раніше, ніж звичайно, швидко посилюється його інтенсивність, погіршується загальний стан дитини, необхідно провести обстеження, щоб виключити гемолітичну хворобу. Затяжний перебіг жовтяниці спостерігається у не-доношених дітей і у тих, що перенесли при пологах гіпоксемію, асфіксію або внутрішньочерепну пологову травму. У кожному конкретному випадку питання про потребу лікування такої жовтяниці слід вирішувати індивідуально.

Фізіологічна еритема проявляється гіперемією шкіри з легким синюватим відтінком, який краще виступає на кінцівках. Виникнення еритеми пов'язують з розширенням капілярів внаслідок дії нижчої температури навколишнього середовища (порівняно з температурою в утробі матері). У недоношених дітей і народжених від матерів з цукровим діабетом еритема шкіри виражена сильніше. Еритема досягає максимуму на перший день життя і зникає через 2-3 або 5-7 днів.

Токсична еритема зустрічається у 25-50 % новонароджених. Має вигляд невеликих, щільних сірувато-білих папул або пухирців з прозорою рідиною, оточених рожевим вінчиком. Вони з'являються на 2-3-й день життя і розміщуються групами на кінцівках, тулубі, волосистій частині голови. Токсичну еритему пояснюють здебільшого алергічною реакцією на білки молока.

Скороминуча, або транзиторна, гарячка супроводиться підвищенням температури тіла до 39°, рідше 40°C. Вона з'являється на 3-4-й день життя і часто збігається з максимальною втратою маси тіла. Переважно виникає при перегріванні новонароджених і недостатньому введенні їм рідини. Появу транзиторної гарячки пояснюють наявністю великої, кількості білка у молозиві, яким годують дитину, а також недосконалістю механізмів терморегуляції. Гарячка триває 3-4 год. При цьому змінюється загальний стан дитини: вона неспокійна, відмовляється від грудей, виникають тремор кінцівок і гіперемія шкіри. Щоб запобігти цьому, дитину треба розгорнути і часто поїти 5% розчином глюкози з розчином Рінгера або водою (80-100 мл рідини на 1 кг маси тіла за добу).

Гормональний криз (статевий криз) зустрічається у 2/3 новонароджених. Виникає внаслідок дії гормонів, що надходять в організм плода від матері в останні тижні вагітності та перші дні життя. Нагрубання молочних залоз (фізіологічна мастопатія) звичайно починається на 3-4-й дні життя, далі розміри їх збільшуються до максимуму на 7-8-й дні життя. Потім ступінь нагрубання зменшується і до

кінця неонатального періоду зникає. Збільшення молочних залоз буває і в хлопчиків, і в дівчаток. Завжди симетричне, шкіра над залозою не змінена. Самостійно чи при пальпації із залози виділяється спочатку сіруватий, потім молочний вміст, за складом рівноцінний молозиву матері. Немає потреби в лікуванні. Зціджування рідини може призвести до стимуляції лактації та підвищення рівня інфікування. При великих розмірах залоз накладається тепла суха стерильна пов'язка, робиться компрес із камфорним маслом. Помірне нагрубання спостерігається в усіх дівчаток та половини хлопчиків. Велике нагрубання виникає в 30-35 % дітей, переважно в дівчаток. Кровотечі з піхви (метрорагії) звичайно виникають на 5-8-й дні в 5-10 % дівчаток, хоча прихована кров виявляється ще при десквамативному вульвовагініті. Тривалість кров'янистих виділень – 1-2-3 дні, об'єм – 0,5-1 мл крові. Немає потреби в лікуванні, можна провести лише гігієнічні заходи.

Сечокислий інфаркт – це відкладання сечової кислоти у вигляді кристалів у просвіті збиральних трубочок та ductus papillaris, що спостерігається майже в усіх дітей кінця 1-го тижня життя. Дистрофії епітелій каналців не має. Інфарктна сеча, що з'являється в половини новонароджених, звичайно, на 3-4-й дні життя, жовто-цегляного кольору, мутна, вона залишає на пеленці такого ж кольору пляму з кристалами солей. Із поступовим збільшенням кількості сечі сечова кислота вимивається. Немає потреби в лікуванні. Необхідно створювати вільний режим пиття, обмежити надходження солей в організм.

Транзиторний дисбактеріоз та фізіологічна диспепсія зустрічаються в усіх новонароджених.

При неускладненому перебігу вагітності плід стерильний, тоді як позаутробне життя – це життя у світі мікроорганізмів, в якому мікроби-сапрофіти (природня автофлора людини) мають дуже велике значення. Уже в момент народження шкіру та слизові дитини заселяють мікроорганізми матері. Подальшими джерелами інфікування стають руки персоналу, повітря, предмети догляду, молоко матері. При цьому первинна бактеріальна флора кишки, шкіри та слизових складається не тільки з біфідумбактерій, молочнокислих бактерій, сапрофітного стафілокока, але й з умовно-патогенних стафілококів, кишкової палички зі зміненими ферментативними якостями, різних штамів протей, грибів. Фізіологічна диспепсія новонароджених – розлади випорожнень, що спостерігаються майже в усіх новонароджених на 3-4-5-й дні життя. Першородний кал (меконій) - густа в'язка маса темно-зеленого (оливкового) кольору, яка виділяється перші 2 дні. Далі випорожнення стають більш частими, неомогенними як за консистенцією (грудочки, слиз, рідка частина), так і за кольором (жовто-зелено-білий).

При фізіологічній диспепсії лікування не потрібне. Проте при тривалому дисбактеріозі в разі дефектів догляду, штучного вигодовування в ослаблених дітей це може спричинити активізацію ендогенної патогенної флори та захворювання дитини. Профілактикою затяжного дисбактеріозу є раннє грудне вигодовування, дотримання умов догляду за дітьми, а в ослаблених і хворих малюків – призначення бактерійних препаратів до встановлення випорожнень.

Первинний туалет новонародженої дитини.

Первинний туалет новонародженої дитини здійснюється відповідно до протоколу медичного нагляду за здоровою новонародженою дитиною (наказ МОЗ України №152 від 04.04.2005р.) Він передбачає наступні дії:

- очищення ротової порожнини стерильною грушею, адже при її використанні ймовірність виникнення ускладнень є менша, ніж при відсмоктуванні катетером (**по показах**);

- до відтинання пуповини акушерка витирає тіло дитини стерильними, попередньо підігрітими пелюшками та кладе її на живіт матері. Родову змазку не видаляє, одягає дитині шапочку, рукавички й шкарпетки (контакт «шкіра до шкіри», «тепловий ланцюжок»). На грудях у матері дитину накривають підігрітою пелюшкою та спільно з матір'ю ковдрою, перебуває там 2 години;

- після припинення пульсації пуповини немовля відокремлюють від матері за допомогою накладання на неї 2 затискачів: перший - на відстані 10 см від пупкового кільця, другий на 12 см. Пуповину між затискачами обсушують стерильним ватно-марлевым тампоном і перерізають. Дитину перекладають вище до грудей матері, де вона самостійно шукає сосок матері і прикладається до грудей;

- через 30 хвилин після народження, з метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка, здійснюється перше вимірювання температури тіла, новонародженого в аксілярній ділянці, електронним термометром;
- не пізніше першої години життя дитини, після контакту матері і дитини – «очі в очі», акушерка після оброблення рук проводить новонародженому профілактику офтальмії очними краплями Тобрекс (0,3% р-н тобраміцину), або Флоксал (0,3% р-н офлоксацину);
- через 2 години після народження, на попередньо підігрітому сповивальному столику, накладають стерильну одноразову клеми на відстані 0,3-0,5 см від пупкового кільця. Пуповину відтинають на 1 см вище від клеми. Новонародженим з товстою пуповиною, малою вагою, недоношеним у важкому стані перев'язку пуповини здійснюють шовковою лігатурою на 3-4 см від пупкового кільця, для проведення інфузійної або трансфузійної терапії;
- після цього проводять антропометрію дитини та її паспортизацію (накладають цератові браслетки на зап'ястя);
- дитину, разом з матір'ю, накривають ковдрою та переводять у палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка;
- першу гігієнічну ванну дитині проводять вдома.

Оцінка за шкалою Апгар

Початкову оцінку стану новонародженого треба дати на 1 хв. після народження, другу через 5 хв., третю через 30 хв. Оцінюють дітей за шкалою Апгар (серцева діяльність, дихальна активність, м'язовий тонус, рефлекторна збудливість, колір шкіри). Кожен критерій оцінюється від 0-2 балів. Здорові діти за шкалою Апгар дістають 8-10 балів.

10 кроків теплового ланцюжка

1. **Тепла пологова кімната** (температура 25 – 28°C). Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2. **Негайне обсушування дитини** (до перетинання пуповини обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками. Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування).

3. **Контакт «шкіра до шкіри»**. Запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2 годин.

4. **Грудне вигодовування**. Треба починати якомога раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакті «шкіра до шкіри».

5. **Відкласти зважування та купання**. Кров, мезоній частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома. Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту «шкіра до шкіри» перед переведенням в палату спільного перебування.

6. **Правильно одягнути та загорнути дитину**. Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи. Дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7. **Цілодобове спільне перебування матері та дитини**. За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньо лікарняної інфекції.

8. **Транспортування в теплих умовах**. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю.

9. **Реанімація в теплих умовах.** Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії.

10. **Підвищення рівня підготовки та знань.** Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка. Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Санітарно-гігієнічний режим палати новонароджених

Основа догляду за новонародженим — це суворе дотримання чистоти і стерильності (наказ МОЗ України №152 від 04.04.2005р.). Важливим є:

- сумісне перебування матері та дитини;
- щоденне прибирання;
- провітрювання;
- кварцування;
- контроль за температурним режимом (22-24 С);
- суворе дотримання особистої гігієни мед. персоналом;
- щоденний огляд лікарем мед. персоналу перед початком роботи;
- профілактичні огляди мед. персоналу відповідно до вимог;
- масочний режим;
- дотримання санітарно-гігієнічного режиму відділення новонароджених.

В приміщенні для доношених дітей повинна бути температура 22-24°C і відносна вологість повітря 60%. В дитини повинно бути індивідуальне ліжечко з ватним матрацом, сповивальний столик, шапка для одягу, бак для брудних пелюшок. На сповивальному столику повинні бути предмети догляду за дитиною (стерильні ватні кульки, розчин фурациліну в співвідношенні 1:5000, стерильна олія, дитяча присипка, дитячий крем, ватні джгутики, 76% етиловий спирт і 3% перекись водню).

Кімнату потрібно періодично провітрювати та здійснювати вологе прибирання.

Елементи ранкового туалету новонароджених.

Щодня, зранку, перед годуванням дитину підмивають теплою проточною водою з милом, а шкіру сідниць змащують дитячою олією. Лице миють перекип'яченою водою. Кожне око оброблять від зовнішнього до внутрішнього кута окремим тампоном, змоченим у перекип'яченій воді або розчині фурациліну (1:5000). Ніс та вуха чистять ватними джгутиками змоченими стерильною олією.

В дитячій палаті новонароджених вимірюють температуру і зважують немовля. Результати вимірювань записують в історію новонародженого.

Гігієнічна ванна.

Дитину купують в емальованій або пластмасовій ванночці, яку попередньо ретельно миють щіткою з милом та ошпарюють кип'ятком. Вода повинна бути перекип'ячена та остуджена до температури 37 С. Дитину занурюють в ванночку сідничками до підпахвинних впадин. Миття починають з лиця та голови, ретельно вимивають природні складки. Дитину повертають на живіт і миють спинку, в такому положенні ополіскують її водою з глечика (температура води-36 С). Під час купання користуються фланелевою рукавичкою, яка намілена дитячим милом.

Вимоги до сповивання та одягання немовлят.

Відповідно до вимог сповивання повинно бути вільним, відкритим, щоб не утруднювати рухів дитини. Спочатку надягають дві сорочки з довгими рукавами (одну тонку, другу фланелеву). Підгузок ставлять на промежину, потім дитину загортають в просту бавовняну пеленку, а зверху у фланелеву до пахв, голову залишають відкритою. З 1міс віку підгузки змінюють на памперси, а пеленки на повзунки. Дитячий одяг повинен бути чистим, вільним та зручним. Його зберігають окремо від білизни дорослих.

Вигодовування новонароджених.

Новонародженим дітям рекомендується вільний режим годування, за вимогою дитини. До 6-и місяців дитині не потрібно давати пиття. Положення матері під час годування може бути лежаче, або сидяче. Дитину потрібно тримати 20-25хв. коло грудей.

Вакцинація БЦЖ.

Якщо немає протипоказів, усім новонародженим роблять щеплення від туберкульозу, яке виконує спеціально підготовлена медсестра. Вакцину вводять внутрішньошкірно у верхню третину лівого плеча, користуючись одноразовими шприцами та голками. Одна ампула містить 20 доз. Використовувати її можна впродовж 2 годин. На місці введення вакцини має утворитися інфільтрат діаметром 4-5 мм, який розсмоктується через 10-15 хв. Імунітет після щеплення виробляється не скоріше як через 6-8 тижнів. На 4-5 тижні після щеплення на місці ін'єкції утворюється невеликий інфільтрат (5-8 мм) - реакція на щеплення. Впродовж 3-4 міс відбувається зворотній розвиток і залишається на місці інфільтрату рубець (в діаметрі 3 мм). Зберігають вакцину БЦЖ в холодильнику при температурі не вище 4 С.

Медична документація

- 1. Форма №102/о** - спеціальний журнал реєстрації новонароджених;
- 2. Форма № 25/о** індивідуальна карта новонародженого;
- 3. Форма №063/о**-карта профілактичних щеплень.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАВДАНЬ

Завдання 1. Визначити ознаки зрілості доношеної дитини.

Завдання 2. Виконати перев'язку і обробку пуповини на фантомі-ляльці.

Завдання 3. Провести елементи першого туалету новонароджених на фантомі-ляльці.

Завдання 4. Заповнити медичну документацію.

Завдання 5. Провести ранковий туалет новонародженій дитині.

Завдання 6. Приготувати першу гігієнічну ванну та покупати дитину.

Завдання 7. Одягнути новонароджену дитину.

Завдання 8. Підготувати та провести бесіду з матір'ю про вигодовування новонароджених.

Завдання 9. Відпрацювати проведення вакцинації проти гепатиту та БЦЖ на фантомі.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Яку дитину можна вважати доношеною новонародженою?
2. Які ознаки зрілої новонародженої дитини?
3. Яка методика відокремлення дитини від матері?
4. Температурний режим в домашніх умовах.
5. Які особливості проведення щоденного ранкового туалету новонародженої дитини?
6. Які особливості проведення туалету пуповинного залишку і пупкової ранки?
12. Чому вода для купання дитини повинна бути перекип'ячена?
13. Який режим годування новонароджених?
14. Покази та протипокази до вакцинації БЦЖ. та проти гепатиту В.
15. Правила виписки з пологового будинку.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №4

ТЕМА: «Особливості догляду і годування недоношеної дитини»

Мета заняття: засвоїти ознаки недоношеної дитини та навчитися доглядати за нею.

Забезпечення заняття: предмети догляду за новонародженою дитиною, кувез, зонди, грілки, пелюшки, вакцини.

Конкретні цілі: на практичному занятті студенти повинні

знати:

- анатомо-фізіологічні особливості недоношеної новонародженої дитини
- чинні накази МОЗ України
- вимоги до температурного режиму, одягу, сповивання немовлят
- принципи виходжування недоношених дітей
- обов'язки сестри медичної, яка працює з недоношеними дітьми
- заходи і засоби особистої професійної безпеки сестри медичної під час надання медичної допомоги пацієнтам, при роботі з кров'ю та іншим біоматеріалом

вміти:

- володіти навичками організації санітарно-протиепідемічного режиму відділення патології новонароджених
- володіти технікою вигодовування немовлят та розраховувати разову і добову кількість молока
- володіти навичками медсестринського обстеження та догляду за недоношеною дитиною
- провести бесіду з матір'ю щодо профілактики гіпотрофії, рахіту та анемії.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Недоношеною вважається дитина, яка народилася передчасно, між 22-37 тижнями гестації включно (до 259 повних діб) незалежно від маси тіла та зросту.

Недоношених дітей розприділяють за гестаційним віком. Вживання недоношених новонароджених залежить як від терміну гестації так і від маси тіла при народженні.

Класифікація ВООЗ за масою тіла при народженні:

- менше 2500 г – мала маса тіла;
- менше 1500 – 1000 г – дуже мала маса тіла;
- менше 1000 – 800 г – вкрай (надзвичайно) мала маса тіла.
- менше 800 г - «мікроновонароджені»

Ознаки недоношеності:

- мала вага та ріст;
- диспропорція окремих частин тіла;
- мозковий череп переважає над лицевим;
- відкриті мале та велике тім'ячка, черепні шви розходяться;
- вушні раковини недорозвинуті, м'які;
- підшкірно - жирова основа відсутня;
- шкіра тонка, зморщена, покрита волосяним пушком;
- нігті не покривають нігтьове ложе;
- у дівчаток статева щілина зієє;
- у хлопчиків яєчка не опущені в калитку;
- крик слабкий;
- рухи некоординовані;
- фізіологічні рефлекси пригнічені;
- м'язовий тонус знижений.

Для передчасно народжених дітей характерною є незрілість усіх органів і систем, через це період адаптації триває 6-8 тижнів.

Недорозвиток центральної нервової системи позначається на функції органів дихання, яке є частим, поверхневим, аритмічним (переважання фази видиху над фазою вдиху), виникнення апное. В легенях мало еластичної тканини, повітря, недостатній розвиток сурфактанту, що зумовлює розвиток ателектазів.

Серцево-судинна система є більш зрілою. Проте сповільнена швидкість кровотоку призводить до гіпостазу, акроціанозу. Спостерігається підвищена проникливість і ламкість судин, не закриття артеріальної протоки.

Травна система також є функціонально незрілою. Смоктальний і ковтальний рефлекс слабо виражені, або зовсім відсутні. Слизова порожнина рота суха, легко вразлива. Слабко розвинені м'язи вхідної частини і стінок шлунка через це спостерігається аерофагія, зригування, здуття. Кислотність шлункового соку низька, сила ферментів слабка, тонус кишок знижений і цим пояснюється схильність до метеоризмів. В печінці понижена активність глюкоронілтрансферази, це приводить до розвитку кон'югаційної жовтяниці.

Для недоношених дітей характерна відсталість нервово-психічних функцій. Діти в'ялі, сонливі, не відчують голоду, спостерігаються гіпорексія, косоокість, тремор кінцівок та підборіддя, нестійкість температури (через недосконалість центру терморегуляції).

Недоношена дитина після народження у своєму розвитку проходить такі умовні періоди:

- **перехідний** – триває від народження до 7 доби життя (втрата ваги від 10-15% своєї ваги, отже основне завдання цього періоду є достатнє енергетичне забезпечення дитини – 75 кал/кг/добу;
- **стабілізації** – триває з 7 доби до моменту виписки із стаціонару, енергетичне забезпечення 140 кал/кг/добу;
- **нормалізації** – триває з моменту виписки із стаціонару до 1 року життя дитини.

Особливості фізичного та психомоторного розвитку.

Фізіологічна втрата маси тіла коливається від 4-5% до 10-15%. Проте на 1-ому році життя характерні високі темпи фізичного розвитку:

- у 2-2,5 міс маса подвоюється;
- у 5-6 міс маса потроюється;
- у 1 рік збільшується у 4-9 разів.

Більшість передчасно народжених дітей на 1-ому році, а інколи і довше відстають у розвитку від доношених. Відставання психомоторного розвитку немовлят з масою тіла меншою ніж 1500 г порівняно з доношеними ровесниками становить 2-3 міс, з масою тіла 1501-2000 г- 0,5-1 міс. Діти з масою тіла понад 2001 г розвиваються майже так само, як і доношені діти.

Поліпшенню психомоторного та фізичного розвитку недоношених дітей сприяють масаж, гімнастика, яскраві забавки, ласкава розмова, спів, музика. Більшість передчасно народжених дітей після досягнення 3 років не відрізняються за своїм психомоторним розвитком від доношених немовлят.

Принципи виходжування недоношених дітей.

1. Пологовий будинок (I етап).
2. Відділення недоношених (II етап).
3. Дитяча поліклініка (III етап).

Температура повітря у палатах для виходжування недоношених новонароджених положового будинку (I етап) має бути 23-26°C.

Зігрівання недоношених дітей

- 1) Зігрівання в електричному кувезі - це найбільш ефективний спосіб.

Більшість положових будинків обладнані інкубаторами типу "Медикор"(ВНР). Це закриті інкубатори, в яких зберігається постійна температура в межах 31-35°C, вологість 60-80 % та концентрація кисню біля 30-40%. Температура тіла дитини в кувезі підтримується в межах 35,8-36,5°C. Перед використанням кувеза необхідно вимити і протерти 0,5% розчином хлораміна.

В закритому інкубаторі дитина лежить роздягнена, а усі маніпуляції (годування, туалет, ін'єкції) здійснюють через бокові вікна, не відкриваючи ковпака. Прозорі стінки кувету дозволяють помітити найменші зміни у стані дитини (ціаноз, порушення дихання, судоми) і своєчасно їх усунути.

Недоліки інкубатора: складність дезінфекції, затримка пристосувальних можливостей в умовах тривалої ізоляції. Ось чому тривале перебування недоношеної дитини в інкубаторі небажано.

Перебування в куветі: 7-8 днів - якщо маса тіла складає до 1200 г; 2-4 дні - для дітей з малою ступінню недоношеності. Однак при значній незрілості воно може затягнутись до 2 тижнів, а іноді і на довше.

Для подальшого виходжування дитину перекладають у відкритий кувет або у дитяче ліжечко. При цьому температура повітря у палаті повинна бути не нижче 24°C.



2) Ліжк -грілка - рекомендована для дітей, маса тіла яких при народженні складає 1600-1800 г; в це ліжко переводиться також дитина по закінченні її перебування в умовах інкубатора.

3) Зігрівання грілками.

При відсутності кувету застосовують гумові грілки, які укладають поверх ковдри. Як правило, використовують три грілки: одну з них кладуть під ноги дитини, а дві інші - вздовж тіла з обох сторін. При заміні води на більш гарячу не треба замінити воду у всіх грілках одночасно, роблять це по черзі з проміжками в 1 год. Грілку заповнюють гарячою водою (не вище 60-70°C) наполовину,

випускають повітря, обережно стискають її, поки з горловини не появиться вода, закручують корок, після чого треба перевірити, що вода з грілки не витікає. При зігріванні дитини грілками медична сестра повинна уважно слідкувати, чи не перегрілася вона, частіше вимірювати їй температуру тіла.

Якщо температура тіла вище 37,0°C, то всі грілки тимчасово треба забрати або залишити тільки одну - в ногах!! Заповнювати та застосовувати грілки для зігрівання недоношеної дитини повинна тільки сестра медична. Робити це молодшому медичному персоналу категорично забороняється.

На I етапі немовлята перебувають не більше 5 днів.

II етап – відділення недоношених. У палаті новонароджених підтримують температуру 24-25 С, проводять вологе прибирання і кварцування.

Щоденний ранковий туалет передбачає:

- протирання шкіри в ділянці фізіологічних складок стерильною олією, вазеліном;
- промивання очей стерильною водою;
- туалет носових ходів та вушних раковин.

Купають недоношених дітей у воді (температура 38-40°C) впродовж 5 хв. Для профілактики рахіту з 8-10 дня призначають віт. Д3 у добовій дозі 800 МО. Недоношених дітей виписують додому, коли їх маса досягне 2000 г.

III етап-спостереження за недоношеними на дільниці здійснюється дільничним педіатром сумісно із патронажною сестрою медичною.

Основні принципи диспансеризації недоношених дітей такі:

- динамічне спостереження за фізичним і психомоторним розвитком;
- забезпечення раціонального вигодовування;
- профілактика анемії і рахіту;
- своєчасне виявлення патології.

Вигодовування недоношених дітей.

Недоношених дітей, які народилися від здорових матерів з масою 2 кг у задовільному стані рекомендується прикладати до грудей через 30 хв після пологів. За відсутності зригувань та в разі

нормальних випорожнень недоношена дитина з більшою масою тіла повинна діставати грудне молоко чи суміш 8 разів на добу, через 3 год. Недоношені діти потребують скорішого введення до харчового раціону овочевих відварів, соків, фруктових страв і прикормів.

У всіх інших випадках час першого годування визначається станом дитини та ступенем незрілості.

Ентеральне харчування недоношених здійснюється такими методами:

1. **Прикладанням дитини до грудей** (при терміні гестації до 34-35 тижнів). Грудне молоко, яке виділяється у матері недоношеної дитини, містить значно більше протеїну, електролітів (натрію, магнію, хлоридів), а ніж молоко матері доношеної дитини.

2. **Вигодовування з пляшечки** (при появі смоктального рефлексу)

Умови вигодовування з пляшечки:

1. Відповідна температура. Молоко, адаптована суміш - дають нагрітими до температури тіла, або кімнатної температури.

2. Відповідне положення. Пляшечку тримають так, щоб повітря не попадало під час смоктання і не заковтувалося дитиною, тобто дно пляшечки знаходиться вище, ніж шийка.

Вигодовування з допомогою кухлика (при терміні гестації до 32-34 тижні).

Методика проведення:

1. Використовується кухлик (горнятко) малих розмірів.

2. Мати в сидячому положенні тримає дитя близько біля себе, припіднімаючи головний кінець.

3. До губ дитини прикладається кухлик (склянка), при цьому дитя здійснює смоктальні рухи. Молоко подається дуже повільно.

4. Необхідно витримувати час для ковтання молока і відпочинку дитини між ковтками.

Переваги цього методу:

1. Можна використовувати тільки при появі рефлексу ковтання.

2. Менш втомлювальний метод порівняно з вигодовуванням з пляшечки.

3. Ймовірність інфікування значно менша, ніж вигодовування з пляшечки.

4. При цьому не втрачається грудне вигодовування (дитина не відмовляється від грудей).

5. Тривалий контакт спілкування з дитиною, так як при цьому дитя знаходиться на руках матері.

4. **Вигодовування з ложечки** - фізіологічний метод, який потребує більшої уваги та часу, і забезпечує необхідний психологічний клімат між мамою і дитиною.

5. **Вигодовування за допомогою зонда** (для дітей, народжених до 30 тижнів гестації, разові, постійні - назогастральні, назодуоденальні).

Причини зондового харчування (ЗХ):

1. діти, які народилися до 33 тижня вагітності (відсутність смоктального рефлексу);

2. любий термін недоношеності при наявності перинатальної патології - постгіпоксичні, інфекційні, обмінно-токсичні, травматичні енцефалопатії, перехідні функціональні порушення центральної нервової системи.

Назогастральне і назодуоденальне (назоєюнальне, транспілоричне) харчування має свої переваги і недоліки. Так, при дуоденальному харчуванню швидше досягається бажаний ефект, повніше задовільняється енергетична потреба дитини, а значить, краще відбувається прибавка в масі. При такому виді харчування аспірація їжею спостерігається рідко, але погіршується засвоєння жирів, може розвинути виразково-некротичний ентероколіт (рідко). Безумовно, гастральне харчування є більш фізіологічним, простішим, але частіше спостерігається розширення шлунка, аспірація їжею. В обох випадках можлива закупорка зонда, яка ліквідується шляхом його промивання. Переводити з дуоденального на гастральне, а потім природне годування необхідно якомога скоріше (на стільки, на скільки то можливо). При виборі між дробним і безперервним гастральним чи дуоденальним харчуванням частіше перевагу надають безперервному, яке проводиться крапельним шляхом або за допомогою інфузійного насоса. Перевага останнього в такому: а) значно рідше буває блювота, пронос; б) на протязі доби можна більше ввести їжі; в) при низькій активності ферментів створюються оптимальні умови для гідролізу, всмоктування харчових продуктів в шлунково-кишковому тракті; г) спостерігається активна

прибавка в масі; д) відсутнє одноразове навантаження не лише на шлунково-кишковий тракт, але й дихальну та серцево-судинну систему, обеззаражуючу функцію печінки, видільну і детоксикуючу функцію нирок. Особливо такий вид харчування (безперервне ЗХ) показано недоношеним дітям з патологією вказаних систем та органів. Вимоги до зонда, який використовується для ЗХ: а) м'який, еластичний, легкий; б) не змінює свої фізико-хімічні властивості (склад, еластичність, м'якість) при тривалому ЗХ; в) відповідає віку дитини і має маркування довжини. Поліетиленові зонди під впливом шлунково-кишкового середовища втрачають еластичність, м'якість, стають твердішими. В зв'язку з цим їх необхідно змінювати кожних 3-5 днів. При тривалому їх використанні для дуоденального ЗХ може наступити перфорація дванадцятипалої кишки. Сіліконізовані зонди не втрачають своїх властивостей на протязі декількох місяців їх використання.

Критерії виписки недоношеної дитини додому:

- вага 1800-2000 грамів;
- вага 1800 грамів, якщо:
 1. Гарний стан здоров'я;
 2. Гарна терморегуляція;
 3. Гарний смоктальний рефлекс;
 4. Стабільне зростання ваги тіла (мінімум 3 доби підряд);
 5. Мати може сама доглядати за дитиною;
 6. Зроблені всі профілактичні процедури та щеплення, дозволені в цей період.

За відсутності зригувань та в разі нормальних випорожнень недоношена дитина з більшою масою тіла повинна діставати грудне молоко чи суміш 8 разів на добу, через 3 год. Недоношені діти потребують скорішого введення до харчового раціону овочевих відварів, соків, фруктових страв і прикормів.

Виходжування новонароджених дітей за допомогою методу «кенгуру»

Контакт “тіло до тіла” має величезне значення для новонародженої дитини. Особливо, якщо та - недоношена. Завдяки методу “кенгуру” малеча весь час відчуває мамин запах і серцебиття, її любов і турботу. Ваше маля трохи поквапилося і з'явилося на світ на місяць або два раніше? Тепер новонароджених з малою масою тіла виходжують по-новому - за допомогою "методу кенгуру". Мама не розлучається з дитиною всі 24 години на добу. Ця методика нова, але успішна. Вона дозволяє забезпечити тісний фізичний контакт “шкіра до шкіри”, зігрівати маля своїм теплом, годувати на першу вимогу й уникнути зайвих хвилювань. **Метод “кенгуру” - важлива складова раннього виходжування недоношених малят.** Він довів, що діти, які народилися після 32-х тижнів вагітності, добре розвиваються під серцем у мами. Все відбувається просто й природно, без допомоги сучасного медичного обладнання. Дітки, які народжуються передчасно, ще повністю не готові до позаутробного життя. А отже, потребують особливого догляду і виняткових, “теплих” умов, - розповідає лікар. - Раніше таких немовлят виходжували тільки в кювезі. Там був особливий мікроклімат: стала температура і вологість. Але не було маминого тепла і любові. Догляд за методом “кенгуру” полягає в постійному контакті з матір'ю “шкіра до шкіри”. Він - простий, максимально ефективний і легкий у використанні. Адаже покращує здоров'я і матері, і дитини. Якщо з диханням і газообміном у дитини все гаразд і вона може смоктати, вона весь час перебуває біля мами в спеціальній перев'язі - слінгу. Це дуже зручно для жінки. Вона може не тільки лежати, а й ходити, сидіти, навіть їсти. Хоча малюк - біля грудей, її руки весь час вільні. Недоношена дитина залишається на грудях у мами майже голенька. На неї одягають лише шапочку і шкарпетки. Тоді вдається забезпечити «тепловий ланцюжок». Новонароджене дитя в пологовому залі одразу викладають матері на груди. Знайома з материнської утробы флора “заселяє” його дихальні шляхи, кишечник, шкіру. Вона звична і рідна. Такі малюки мають міцніший імунітет і менше хворіють. Потім маму з дитиною переводять у палату спільного перебування. Там їх можуть відвідувати рідні, а заодно й допомагати доглядати за новонародженим малям. Головне під час такого лікування - максимальний фізичний контакт малюка "шкіра до шкіри" з мамою. Чим більше торкаються їхні тіла, то краще. Це миттєво заспокоює дитину, допомагає тримати її температуру у нормі і харчуватися за першої вимоги. Малюк відчуває ніжні погладження, дотики, чує серцебиття і голос мами, вловлює запах її тіла і грудного молока. А отже,

весь час почувається в безпеці. Система терморегуляції у недоношених діток у край недосконала. Вони швидко перегріваються і мерзнуть. Метод “кенгуру” - ідеальний природний “інкубатор”. Мама передає своє тепло дитині. Завдяки такому обміну температура тіла у малечі завжди в нормі. До виходжування дитини долучаються й інші члени родини. Зокрема, батько. Тати можуть проводити гігієнічний догляд: міняти підгузки, промивати малечі оченята, доглядати за пуповинним залишком. Дослідження довели, що при виходжуванні-“кенгуру” у недоношених дітей рідше виникають явища апное. Вони швидше набирають вагу і раніше починають ссати груди. Якщо дитина вже почала набирати вагу і мама знає, як за нею доглядати, вони не затримуються в пологовому надто довго, - розповідає лікар. - Уже на п'яту-шосту добу їх виписують додому. Інколи батьки продовжують виходжування-“кенгуру” вдома, уже після виписки з пологового будинку. Адаже відчувають потребу в такому контакті.

Основні плюси методу “кенгуру”:

- ранній, тривалий і безперервний контакт “шкіра до шкіри” матері та дитини
- винятково грудне годування
- починається у пологовому будинку і може продовжуватися вдома
- можливість ранньої виписки для дітей з малою вагою
- підтримка рідних і догляд
- захист від хвилювань і тривоги

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАВДАНЬ

Завдання 1. Ознайомитися з структурою та організацією роботи відділення недоношених.

Завдання 2. Засвоїти обов'язки сестри медичної, яка працює з недоношеними дітьми.

Завдання 3. Робота з кувезом, його дезінфекція.

Завдання 4. Відпрацювати елементи зігрівання дитини у відкритих кувезах.

Завдання 5. Провести годування недоношених дітей за різною методикою.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Яку дитину вважають недоношеною?
2. Причини невиношування.
3. Які зовнішні ознаки недоношеної дитини?
4. Етапи виходжування недоношених дітей.
5. Методи зігрівання недоношених.
6. Які обов'язки сестри медичної, що працює з недоношеними дітьми?
7. Яким повинен бути мікроклімат кувезу?
8. Проведення щеплень недоношеним.
9. Від чого залежить вибір способу годування недоношеної дитини?
10. Правила виписки з пологового будинку.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №5

ТЕМА: «Природне, штучне та змішане вигодовування старших за 1 рік»

МЕТА: ознайомити студентів з перевагами природного годування. Навчити розраховувати добовий об'єм їжі, складати схеми годування при різних видах вигодовування.

Забезпечення заняття: медичні ваги, пляшечки, соски, накладки. Готові страви для докорму і прикорму, корекції харчування.

Конкретні цілі: на практичному занятті студенти повинні:

знати:

- чинні накази МОЗ України;
- правила вигодовування грудної дитини та харчування дітей старшого віку;
- методи розрахунку добового та разового об'єму їжі;
- правила складання меню.
- семіотику порушень лактації;
- заходи боротьби з гіпогалактією.
- причини і показання до змішаного та штучного годування;
- види молочних сумішей та правила їх призначення;

вміти:

- володіти складанням схем раціону для дитини грудного віку, що знаходиться на різних видах годування на один день, по годинах;
- володіти навичками розрахунку маси тіла, яка повинна бути у дитини, добової та разової потреби об'єму їжі;
- володіти навичками приготування пригодовування та проведення корекції годування.
- виявити чинники, що призвели до розвитку гіпогалакції в матері;
- призначити заходи щодо профілактики гіпогалакції та діагностувати гіпогалактію;
- володіти навичками проведення контрольного зважування;
- обрати молочну суміш залежно від віку та стану здоров'я дитини;
- володіти методикою введення пригодовування та догодовування.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Нормальний фізичний і психічний розвиток дитини грудного віку забезпечується повноцінним годуванням. Найбільш повноцінним годуванням дітей першого року життя є грудне вигодовування. **Природне вигодовування** – це такий вид годування, коли дитина у першому півріччі отримує лише материнське молоко, а з 6-ти місяців поряд з материнським молоком вводиться пригодовування.

Природне годування має соціальні і біологічні переваги. Соціальні переваги в тому, що серед дітей, які знаходяться на природному годуванні, значно нижча захворюваність і смертність. Такі діти значно рідше хворіють на респіраторні вірусні захворювання, інші інфекційні захворювання, диспепсію та ентероколіт, хронічні розлади живлення організму, гіпотрофію, недокрів'я, авітаміноз. При природному годуванні відсутня харчова алергія тому, що білки жіночого молока не мають антигенних властивостей. Природне годування сприятливо впливає на психічний розвиток дитини, сприяє більш високій руховій активності та інтелектуальному розвитку. З молоком надходять інгредієнти, з яких синтезуються необхідні для організму речовини. Повноцінна лактація і годування грудьми позитивно впливає не лише на здоров'я дитини, а й матері, оскільки це:

- сприяє швидкому скороченню матки після пологів, що зменшує можливість маткової кровотечі (анемії у матері);
- профілактиці мастопатій;
- попереджає розвиток пухлин молочних залоз, матки та інших жіночих статевих органів;
- запобігає наступній вагітності через короткий термін.

Переваги природного годування

1. Кількість білка у жіночому молоці у 2,5-3 рази менша, ніж у коров'ячому; основним компонентом є сироваткові білки – альбуміни і глобуліни, вони аналогічні білкам сироватки крові дитини і можуть всмоктуватися у кишках у незмінному вигляді.

2. Співвідношення сироваткового білку до казеїну складає 4:1, а в коров'ячому молоці - 1:4.

3. Жіноче молоко має оптимальне співвідношення амінокислот, має всі незамінимі амінокислоти, а також містить велику кількість таурину - амінокислоти, необхідної для з'єднання солей жовчі, що сприяє засвоєнню жирів, для формування тканин у новонародженого, у першу чергу - сітчатки і головного мозку.

4. Фракції альбуміну та казеїну материнського молока дрібнодисперсні, тому легко перетравлюються.

5. У жіночому молоці у 1,5-2 рази більше ненасичених жирних кислот, більша кількість фосфоліпідів, котрі позитивно діють на процеси травлення.

6. У жіночому молоці низький вміст летючих жирних кислот, які подразнюють шлунково-кишковий тракт.

7. У жіночому молоці міститься переважно β -лактоза, яка запобігає розвитку в шлунково-кишковому тракті патогенної флори, стимулює синтез вітамінів групи В. У коров'ячому молоці міститься – β -лактоза.

8. Місткість мінеральних речовин у жіночому молоці нижча, але кальцій та фосфор знаходяться у добре засвоюваній формі та оптимальному співвідношенні – 2:1. Коефіцієнт засвоєння – 60%, а з коров'ячого молока – 20%.

9. У жіночому молоці міститься біфідус-чинник, особливий вид вуглеводів, який сприяє розвитку біфідобактерій у кишках.

10. У жіночому молоці більш високий вміст вітамінів С, Е, А та висока активність вітаміну Д.

11. Жіноче молоко позбавлене алергічних властивостей, містить імуноглобуліни Ig, особливо SigA, IgE, лімфоцити, макрофаги лактоферин, лізоцим.

12. Осмолярність жіночого молока (260-270 мОсм/л) близька до осмолярності плазми крові, що сприяє нормальному перетравленню їжі і фізіологічному стану гомеостазу, оскільки ниркові механізми його регуляції ще незрілі.

13. Контакт матері з дитиною.

Кількісний склад материнського молока

У перші 5-6 днів після народження дитини молочні залози матері виділяють молозиво. Молоко, яке отримує дитина з 4-5 дня, називається **перехідним**, а з 2-3 тижня – **зрілим**.

Молоко, що виділяється впродовж одного годування ділиться на:

- раннє – виділяється на початку годування; містить багато білка, лактози, з ним дитина отримує необхідну кількість води;

- пізнє – виділяється наприкінці годування; воно збагачене жирами, їх може бути у 4-5 разів більше, ніж у ранньому молоці

Кількість інгредієнтів(г) та калорійність (ккал) 100мл молока

Вид молока		Інгредієнти			Калорійність
		Білки	Жири	Вуглеводи	
Жіноче	Молозиво	7-5	2,0	4,5	150
	Перехідне	2,5	3,2	5,5-6,6	60-80
	Зріле	1,1-1,5	3,5-4,5	7	65-70
Коров'яче		2,8-3,5	3,2-3,5	4,5-4,8	60-65

Правила та техніка годування грудьми

Перед годуванням необхідно:

- помити руки;
- прийняти зручне положення (лежаче, сидяче);
- при кожному годуванні можна прикладати до обох молочних залоз, чередуючи їх. При недостатчі молока дитину догодовують молоком з іншої залози, наступне годування треба починати з цієї ж залози;
- дитина повинна добре захопити ротом не лише сосок, а й велику частину ареоли, щільно доторкнувшись до грудей підборіддям.
- тривалість годування 20-30 хв. (За сучасними поглядами не існує точного часу разового годування);

Труднощі при годуванні грудьми. Відносні перешкоди з боку матері:

- соски неправильної форми – малі, гострокінцеві, плоскі, розщеплені, втягнуті (використовують спеціальні скляні накладки);
- тугі або пружні груди (зціджування молока перед годуванням ослабляє напруження молочної залози і тим полегшує дитині смоктання);
- садно і тріщини сосків;
- мастит – запалення молочної залози.

При появі ознак маститу не потрібно:

- квапитися віднімати дитину від грудей, бо добре відсмоктування молока може сприяти зворотному розвитку запального процесу;
- місцево показані: зігріваючі компреси, високе підбинтування груді, УВЧ, лікування антибіотиками, при нагноєнні – хірургічне лікування (годування припинити);

Лактаційний криз – тимчасове зменшення молока на 2-му місяці життя дитини; груди стають м'які, не відчувається в грудях „прилив” молока. Це фізіологічне явище обумовлене післяпологовими гормональними змінами у матері або її втомою. Лактація відновлюється (тобто настає релактація) при своєчасній вірній тактиці, а саме:

- * треба збільшити частоту годувань;
- * під час кожного годування прикладати дитину до обох грудей;
- * для стимуляції секреції пролактину обов'язково годувати дитину у нічний час;
- * не давати смоктунців і сосок;
- * надати матері фізичний і психічний спокій, зробити масаж і рекомендувати більш різноманітне харчування;

Голодний криз – це також короткочасне зменшення кількості молока у матері на 3, 7, 12-му місяці лактації. Це теж фізіологічне явище, обумовлене збільшенням „вимоги” дитини щодо молока у зв'язку зі значним її ростом у цей період.

Галакторея – самовільне витікання молока з грудей. Існує два варіанти:

- * молоко витікає з однієї молочної залози при годуванні іншою;
- * молоко витікає з обох залоз, в тому числі між годуванням.

Не допускати систематичного недогодовування дитини;

Гіпогалактія – недостатня кількість молока у матері. Розрізняють ранню (виникає у перші 10 днів після пологів) і пізню (через 10 днів після пологів).

За ступенем дефіциту молока виділяють **4 ступені гіпогалактії**:

- I** – дефіцит молока не більше 25% добової потреби;
- II** – дефіцит молока не більше 26-50% добової потреби;
- III** – дефіцит молока не більше 51-75% добової потреби;
- IV** – дефіцит молока більше 75% добової потреби.

Причини гіпогалактії:

- неповноцінна інформація і підготування вагітної жінки до правил грудного годування;
- внаслідок захворювання матері (неврологічна і ендокринна патологія, захворювання серцево-судинної системи, доброякісні пухлини статевих органів та ін.);
- пізній гестоз вагітності;

- надмірна кровотеча під час пологів;
- стресові стани, алкоголь, наркотики, куріння;
- приймання медикаментів під час вагітності, пологів і в післяпологовому періоді;
- пізнє прикладання дитини до грудей, порушення правил прикладання;
- нераціональний режим і харчування матері, її фізичне і розумове перенавантаження;
- пологи у пізньому віці (понад 35 років);
- галакторея;
- мастити.

Головне у профілактиці:

- регулярне і повне спорожнення молочних залоз;
- зціджування молока у неонатальному періоді життя дитини до повного опорожнення молочних залоз;
- раннє перше прикладання до грудей, відразу після пологів, перешкоджає гіпогалакції. Якщо годування в цей час протипоказане, через 2 години треба зробити перше зціджування молока; продовжувати його регулярно до нормалізації стану і прикладання дитини до грудей.

При гіпогалакції треба пити чай з лимоном, їсти горіхи, прикладати дитину до обох грудей, починаючи годування з тієї, якою було закінчено попереднє годування.

Відносні перешкоди з боку дитини:

- розщеплення губи (заяча губа) і піднебіння (вовча паща);
- пліснявка, випадкові садна, запальні подразнення слизової оболонки порожнини рота, афти спричиняють болісний акт смоктання;
- діти, які погано смокчуть (недоношені діти з асфіксією, пологовими травмами);
- ліниві смоктуни, в'яло смокчуть, здатні смоктати з великою перервою, засипають біля грудей (не давати при кожному годуванні смоктати з обох грудей);
- якщо дитина не бере грудь, потрібно думати, про можливу хворобу у дитини (запалення середнього вуха, афта, нежить та ін.), яка спричиняє болючість при ковтанні.

Протипокази до природного годування

Грудне вигодовування протипоказане:

- галактоземія у малюка
- інфікування матері Т-лімфотропним вірусом людини I та II типів
- мати приймає наркотичні засоби
- ВІЛ-інфіковані жінки можуть вигодовувати дитину грудним молоком при умові, що мати приймає антиретровірусну терапію

Тимчасові обмеження грудного вигодовування:

- бруцельоз у матері
- лікування, яке не сумісне з грудним вигодовуванням
- мати проходить процедуру рентгенографії з використанням радіоіотопів
- у матері активна фаза простого герпесу з ураженням шкіри навколо грудей.

Грудне вигодовування тимчасово припинити, але дозволено годувати дитину зцідженим молоком:

- у матері активна форма туберкульозу (відновити грудне вигодовування після лікування та консультації лікаря);
- вітряна віспа у матері, що діагностована протягом 5 днів до пологів та в перші дні після пологів.

Режим годування дитини

Після нормальних пологів немовля вперше прикладається до грудей ще в пологовому залі через 20-30 хвилин. На перших місяцях життя дитини вважається раціональним вільний режим годування, тобто дитина смокче груди так часто і так довго, скільки вона хоче. Число годувань може бути 8-12, навіть 18 разів протягом доби. Коливання між годуваннями не повинні перевищувати одну годину. Якщо дитина часто стала прокидатися (через 1-1,5 год.), треба в'яснити чи достатня кількість молока у матері, у

випадку тривалого сну (більше 4 год.) – чи не хвора дитина.

До кінця другого - на третьому місяцях дитину годують через 3,5 годин, тобто 6 разів на добу: 6.00, 9.30, 13.00, 16.30, 20.00, 23.30. Нічна перерва 6,5 годин.

З 6-місячного віку, коли вводиться прикорм, і до кінця першого року життя інтервал між годуваннями збільшується до 4 годин, дитина приймає їжу 5 разів на добу: 6.00, 10.00, 14.00, 18.00, 22.00. Нічна перерва – 8 годин.

Режим харчування жінки годувальниці. Після закінчення післяпологового періоду мати, яка годує дитину грудьми, повинна вести звичайний для неї спосіб життя: часто гуляти, достатньо спати, займатися легкими вправами і виконувати легку фізичну і розумову роботу. Потреба в харчових інгредієнтах збільшується. Загальна добова калорійність їжі 3000-3500 ккал, загальна кількість рідини не більше 2 л (соку – 200 мл). Їжа повинна складатися з повноцінних білків, жирів, вуглеводів, солей і вітамінів. Для забезпечення білками і незамінними амінокислотами: м'ясо і риба – відповідно 120 г і 100 г, яйце – 1 шт., кисломолочні вироби – 200 мл, молоко – 600 мл, сир і твердий сир – 120 г (4:1), бобові – квасоля, соя, горох. Як джерело поліненасичених жирних кислот і вітаміну А – олія соняшникова, кукурудзяна, соєва – 30 г; як поповнення жирів – масло вершкове – 15 г, сметана – 30 г. У раціоні повинна бути достатня кількість овочів, фруктів хліб, різноманітні крупи і макаронні вироби, цукор, мед, варення, горіхи. Кількість солі треба обмежити до 6-8 г на добу. Страви треба готувати у відвареному і тушкованому вигляді, продукти не треба обсмажувати. Не рекомендується кава, міцний чай, шоколад, велика кількість пряностей, часник, цибуля, заборонено спиртні напої. Режим харчування - 5-6 разів на добу, невеликими порціями.

Методи розрахунку добового та разового об'єму їжі

Для орієнтовного розрахунку необхідного об'єму грудного молока дитині віком 7-8 днів можна скористатися такими методами:

1. Формула Фінкельштейна. Кількість молока = $n \times 70$ (маса тіла при народженні менше 3200 г) або $n \times 80$ (маса тіла при народженні більше 3200 г), де n – вік дитини у днях

2. Формула Зайцевої:

Кількість молока = 2% маси тіла при народженні $\times n$, де n – вік дитини у днях.

Застосовується до 8 дня життя для дітей з великою масою тіла при народженні.

3. Об'ємний метод – застосовують для дітей віком понад 10 днів.

- з 7-10 днів до 2 місяців – 1/5 маси тіла;
- з 2 місяців до 4 місяців – 1/6 маси тіла;
- з 4 місяців до 6 місяців – 1/7 маси тіла;
- з 6 місяців до 9 місяців – 1/8 маси тіла;
- з 9 місяців до 12 місяців - 1/9- 1/10 - маси тіла;

Загальний об'єм їжі не повинен перевищувати 1000 мл.

При нормальній масі тіла всі показники розраховуються на фактичну масу тіла.

Введення прикорму

Прикорм (якісна корекція їди) – якісний додаток до їжі. ВООЗ рекомендує введення прикорму не раніше 6 місяця.

Критеріями для підгодовування дитини є:

- ✓ помітно цікавиться тим, що їдять інші люди – харчовий інтерес,
- ✓ відкриває ротик, коли підносять ложку,
- ✓ не виштовхує і не випльовує їжу,
- ✓ відвертається, коли не хоче їсти,
- ✓ впевнено тримає голову і сидить з підтримкою.

А це не має вирішального значення:

- ✓ наявність зубів,
- ✓ щеплення,
- ✓ вага дитини.

Пюре чи шматочки?

Два способи введення прикорму:

- педіатричний – їжа вводиться за графіком, продукти до 8-10 місяців перетираються, дитину годують ложкою;

- BLW – продукти пропонуються на вибір і дитина сама обирає, що їсти, їжа не перетирається, годування відбувається шматочками за принципом: що дитина взяла і донесла до рота, те й їсть.

з 8-10 місяців обов'язково починати вводити прикорм шматочками.

Загальні основні правила!!

- прикорм починати не раніше 6 місяців;
- починати прикорм слід тільки за ознакою готовності дитини. Головна ознака - наявність харчового інтересу.

- прикорм пропонується у першій половині дня, для відстеження реакцій. Про це детально теж напишу;

- починають даний вид прикорму з пюреподібних (але не рідких!) пюре. З поступовим переходом, у 8-9 місяців, до більш "твердої" їжі, що включає грудочки, шматочки і тд;

- багато хто починає не з блендери, а з виделки. Це суперечить правилам самого педіатричного прикорму, але це не заборонено. Сучасний світ потребує сучасних змін! Головне що консистенція повина бути однаковою, весь час, до планового переходу;

- починають пропонувати прикорм з монопродукта, одного-двох. Протягом 1-2 днів.

- кількість. Одна-дві чайні ложки для першого знайомства.

- вакцинація. В жодній інструкції до вакцини (крім Ротаріксу, який робиться до 6м) немає заборони на пропонування чи зупинку/відкладання прикорму. Але лікарі рекомендують у день щеплення, та на наступний день не пропонувати дитині нові продукти, особливо алергени. Це більш технічний момент, і момент турботи, через тривожність мами;

- прикорм пропонується через 30-40 хвилин після ГВ/ШВ (пів порції). Та після прикорму пропонується ГВ/ШВ (пів порції);

- пюре прикорм завжди дається тільки з ложечки. Дитину годує мама. Якщо дитина вже сидить то їй можна запропонувати ложку;

- якщо дитина не сидить, прикорм пропонується їй на руках у батьків. Це або вертикальне положення з підтримкою. Або присаджування батькам на коліна. Теж з підтримкою, щоб маса тіла не була сконцентрована на попереку, тобто Ваша рука, тримає дитину під її руками. Найзручніше положення, якщо під час прикорму мамі нема кому допомогти, є вертикальне положення на бедрі. Дитина в такому положенні знаходиться з рівною спиною, рука мами фіксує положення дитини рівно, тримає вагу, точки опору це бедро мами, та її бік. В дитини вільна рука, якою вона з легкістю може дотягнутися до ложки та взяти її самостійно;

- для пюре прикорму підходить як домашнє приготовлене пюре, так і магазинне.

Кількість прийомів їжі

6-7 місяців - один прийом їжі.

8-9 місяців - два прийоми їжі.

10-12 місяців - три прийоми їжі.

З чого починати?

- починати вводити прикорм із залізомістких продуктів, якщо дитина на грудному молоці (м'ясо, каші);

- ввести всі 14 продуктів-алергенів до 1 року.

- коров'яче молоко як напій вводимо після року. від меду теж слід утриматись і не давати до року, адже є високий ризик зараження ботулізмом. М'які сири з непастеризованого молока (брї, камамбер) вводимо після 5 років через ризик зараження лістеріями.

Каші - починати треба з каші, яка не містить глютену (рис, гречка, кукурудза), наступними вводимо глютенів: пшеничну та вівсяну каші

- ✓ починати з каші, що містить одну крупу
- ✓ можна розводити грудним молоком
- ✓ для приготування можна використовувати молочну суміш
- ✓ можна давати каші для дорослих
- ✓ можна змішувати з овочами і фруктами
- ✓ давати тільки з ложечки

М'ясо (кролик, телятина, індичка, курятина) - дуже важливий продукт прикорму, після овочів і каш. М'ясо містить амінокислоти, повноцінний тваринний білок, вітаміни групи В (В1, В2, В6 і В12), гемове залізо, калій, кальцій, цинк, фосфор, які необхідні для росту і розвитку дитини. Не потрібно давати копчені м'ясні продукти, ковбасу, сосиски.

Овочі (кабачок, броколі, цвітна капуста, гарбуз, морква та картопля); починати треба з одного виду і лише після того, як дитина отримала кожен з них окремо, можна їх комбінувати.

Риба - основним постачальником високоякісних білків, має ніжну структуру і легко засвоюється організмом дитини. Риба є джерелом полінасичених жирних кислот (Омега 3), мінеральних речовин (калій, фосфор, залізо, магній, цинк), вітамінів групи В (В2, В6, В12). Уникаємо у харчуванні великої хижої риби. Важливо! Пам'ятайте, що риба це високоалергенний продукт.

Кисломолочні продукти

йогурт, кефір, м'який сир - зручно поєднувати в одне годування. Пастеризовані сири з низьким вмістом натрію можна вводити з 6 міс.

Курачі яйця, можна розтерти виделкою і додати в каші або овочеві пюре або приготувати у вигляді омлету.

Збагачувачі:

Олія. Починаємо з 1 краплі, додаючи в овочеве пюре, доводимо до 5 крапель (половинка чайної ложечки). Олії треба давати нерафіновані, соняшникову, олівкову, кунжутну, лляну.

Вершкове масло - його можна додавати в зернові каші, овочеве пюре, мастити на хліб, починаючи з 8 місяців.

Сіль не додаємо в їжу до 12 місяців.

Цукор не давати до 24 місяців.

Оцінка позитивної ефективності годування:

- нормальне збільшення маси тіла та інших показників фізичного розвитку дитини;
- задовільний нервово-психічний розвиток дитини;
- нормальні показники аналізу крові (кількість гемоглобіну);
- дитина не повинна хворіти, а якщо гостра патологія (ГРВІ, бронхіт) появиться, то перебіг захворювання неважкий.

Змішане годування – це такий вид годування, коли дитини на першому півріччі життя протягом доби отримує, крім жіночого молока, молочні суміші у кількості понад 1/5 добового раціону.

Отримування штучної суміші при змішаному годуванні називається **докормом**.

Докорм вводять з метою кількісної корекції харчування.

Причини та показання до змішаного годування:

- гіпогалактія;
- компенсовані хвороби матері (серцево-судинної, ниркової та інших систем);
- соціально-побутові умови (мати виходить на роботу, навчається в інституті чи іншому навчальному закладі);
- неповноцінне материнське молоко (недостатня кількість інгредієнтів).

При змішаному годуванні використовується дві методики:

- догодовування;
- чергування годувань штучними сумішами та жіночим молоком.

При гіпогалактії і неповноцінності грудного молока після кожного годування грудьми дитина

отримує штучну суміш. Ця методика змішаного годування є найбільш оптимальною. Догодовувати треба чайною ложкою, оскільки, звикнувши отримувати суміш з пляшечки через соску без особливих зусиль, дитина не охоче смочче грудь, що сприяє гіпогалакції. У випадку, коли мати виходить на роботу, чи навчається у навчальному закладі та при лікуванні деяких захворювань матері, дитина протягом дня 2-4 рази отримує суміш, а в інші годування – грудне молоко. Навіть при невеликій кількості молока треба якомога довше притримуватися змішаного годування.

Стерильність, температура суміші, її зберігання аналогічні правилам штучного годування.

Штучне годування – це такий вид годування дитини 1 півріччя, коли вона зовсім не отримує материнського молока або його кількість менша 1/5 необхідного добового об'єму їжі.

Покази до штучного годування:

- ✓ відсутність у матері молока (агалакція);
- ✓ психічні захворювання матері;
- ✓ декомпенсована патологія матері (серцево-судинної, ниркової та інших систем);
- ✓ ВІЛ –інфікована мама;
- ✓ соціально-побутові умови (ранній вихід матері на роботу, заняття в навчальних закладах);
- ✓ особисте небажання матері годувати дитину грудьми для збереження залоз;

Недоліки штучного вигодовування

- ✓ Перешкоджає встановленню емоційного зв'язку між мамою і малюком.
- ✓ Сприяє частим захворюванням дитини: діарейним, респіраторним, інфекційним.
- ✓ Є фактор виникнення алергічних реакцій та захворювань.
- ✓ Збільшує ризик розвитку хронічних захворювань
- ✓ Сприяє появі в майбутньому ожиріння, цукрового діабету.
- ✓ Породжує труднощі в навчанні, вихованні, інтелектуальному розвитку маляти.
- ✓ Збільшує ризик виникнення у матері ускладнень післяпологового періоду.

Що враховувати при виборі суміші

- ✓ Вік дитини
- ✓ Ступінь адаптованості суміші
- ✓ Індивідуальна непереносимість

Змішане вигодовування - це такий вид годування дитини, при якому вона отримує і материнське молоко і штучну суміш, кількість якої більша або рівна 20% від загальної добової кількості їжі і менша 80%.

ВІРОГІДНІ ознаки того, що дитина отримує недостатню кількість грудного молока

- ✓ незадоволена після годування грудьми;
- ✓ часто плаче;
- ✓ часті годування;
- ✓ відмовляється від грудей;
- ✓ тугий ,сухий, або зелений стілець;
- ✓ при зціджуванні немає молока;
- ✓ відсутнє відчуття прибування молока перед годування.

ДОСТОВІРНІ ОЗНАКИ:

- ✓ недостатнє збільшення маси тіла (500г за місяць або 125г за тиждень)
- ✓ виділення незначної кількості концентрованої сечі (менше, ніж 6 разів за добу)

Правила введення догодовування

- ✓ Проводиться після прикладання дитини до грудей.
- ✓ Навіть при невеликій кількості молока у матері його треба зберегти для дитини як можна довше.
- ✓ Необхідно залишити не менше 2-3 годувань грудьми, так як при рідшому прикладанні дитини до грудей лактація швидко згасає.

✓ Якщо догодовування за об'ємом невелике, його слід давати чайною ложкою або за допомогою горняти

Суміші поділяються на 2 групи:

- адаптовані
- неадаптовані

Кожна з цих груп ділиться на солодкі і кисломолочні. Адаптовані молочні суміші за складом білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин наближаються до грудного молока. Крім того, вони адаптовані до особливостей травлення і метаболізму дітей першого року життя.

Адаптовані солодкі молочні суміші.

В адаптованих солодких молочних сумішах кількість білків зменшена і наближається до їх кількості у жіночому молоці, причому кількість альбумінів і глобулінів збільшена, а кількість казеїну зменшена, співвідношення між ними 3:2. Амінокислотний склад сумішей наближається до амінокислотного складу жіночого молока. У сумішах „Малютка” і „Малиш” є оптимальна кількість валіну, лізину, в „Віталакті” – триптофану.

Адаптовані кисломолочні суміші - „Віталакт”, „Нутрилон”, „Бона”, „NAN-кисло-молочний” – мають сухий і рідкий вид. За складом інгредієнтів вони наближаються до жіночого молока.

Преваги і відмінності кисломолочних сумішей порівняно з солодкими:

- білок у них в згурдованому стані;
- стимулюють функцію слинних залоз;
- повільно евакуюються зі шлунка, що сприяє підвищенню секреторної функції шлунково-кишкового тракту;
- легше перетравлюються;
- сприяють всмоктуванню їжі в кишках;
- мають антибіотичну активність на патогенну мікрофлору в товстій кишці, захищають від гострої діареї, формують нормальний біоценоз;
- сприяють секреції підшлункової залози і кишкових ферментів;
- посилюють жовчовиділення;
- нормалізують обмін речовин;
- стимулюють гемопоез;
- сприятливо впливають на неспецифічний імунітет;
- сприяють фізичному розвитку дитини.

Кисломолочні суміші застосовуються як основний вид при штучному вигодовуванні дітей першого року життя, складають повний або частковий об'єм одного годування; чергуються з солодкими сумішами 1-3 рази на добу.

Показані:

- при вигодовуванні недоношених дітей;
- кишкових розладах ;
- гіпотрофії;
- дисбактеріозі;
- алергічному діатезі;
- рахіті.

Неадаптовані солодкі молочні суміші – це звичайне молоко тварин. Найчастіше застосовується коров'яче молоко. Перед вживанням цільне коров'яче молоко треба розвести, найкраще 5 % круп'яним відваром (одна чайна ложка рисової чи гречаної крупи на 100 мл води).

Після першого року життя здійснюється поступовий перехід від годування дитини до харчування. При складанні харчового раціону дітям раннього віку слід враховувати такі його особливості:

- значно розширюється асортимент страв і однотипний добовий раціон не повинен повторюватися частіше одного разу на 7-10 днів;
- основним завданням у раціональному харчуванні дітей цього віку є поступове введення такої їжі, яка потребує активного жування;
- змінюється добовий об'єм їжі та її об'єм на кожне годування; потрібно стежити за тим, щоб дитина

одержувала такий добовий об'єм їжі та на одне годування таку кількість їжі, яка б відповідала її віку і фізіологічним потребам;

- для того, щоб їжа достатньо засвоювалася, треба дотримуватися відповідного режиму харчування. Більшість дітей віком понад один рік поступово переходять на 4-разове вживання їжі. Однак дітям зі зниженим апетитом та кволим треба призначати 5-разове вживання їжі з 4-годинною перервою між їдою.

При 4-разовому вживанні їжі інтервали між прийомами їжі є неоднаковими, однак треба чітко дотримуватися годин годування: сніданок – 8.00, обід – 13.00, підвечірок – 16.00, вечеря – 19.00. Останній прийом їжі повинен бути за 1,5-2 години до сну. Дотримання режиму харчування сприяє випорожненню шлунка, повноцінному перетравленню їжі, нормалізує роботу залоз травлення.

Важливим є тривалість вживання їжі: сніданок і вечеря – 15-20 хв., обід – 20-25 хв., підвечірок – 5 хв.

Через те, що під час нічного сну травні процеси знижуються, на вечерю треба призначати молочні, овочеві та круп'яні страви, які легко засвоюються. Не слід давати на вечерю їжу, яка викликає спрагу. Не рекомендується у проміжку між годинами харчування давати дітям солодкі продукти, оскільки це зменшує апетит і вироблення соків травлення. Добовий об'єм їжі для дітей 1-1,5 років – 1100-1200, надалі збільшується до 1500-1600. Крім того, кількість прийнятої їжі протягом дня при різних прийомах відрізняється. Зокрема, у дитини віком 3 роки на сніданок кількість їжі складає 400 мл, на обід – 550 мл, на підвечірок – 200 мл, на вечерю – 350 мл. Відрізняється також калорійність продуктів у різні години прийому: на сніданок і вечерю припадає 25 % усієї добової калорійності їжі, на обід – 35%, на підвечірок – 15%.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАВДАНЬ

Завдання 1. Розрахувати масу тіла, яка повинна бути у дитини (використовуємо формули, керуючись віком дитини)

Найбільш доцільно вираховувати середнє щомісячне збільшення маси тіла дітей:

за 1 місяць – 600 г	за 7 місяць – 600 г
за 2 місяць – 800 г	за 8 місяць – 550 г
за 3 місяць – 800 г	за 9 місяць – 500 г
за 4 місяць – 750 г	за 10 місяць – 450 г
за 5 місяць – 700 г	за 11 місяць – 400 г
за 6 місяць – 650 г	за 12 місяць – 350 г

Завдання 2. Провести розрахунок добового та разового об'єму їжі (для розрахунку разового об'єму їжі треба добовий об'єм їжі поділити на кількість годувань відповідно віку дитини).

Завдання 3. Скласти меню на 1 день при різних видах вигодовування.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Назвіть основні принципи фізіологічного харчування дитини.
2. Назвіть, які потреби дитини забезпечує природне вигодовування.
3. Чим відрізняються молозиво, перехідне та зріле жіноче молоко?
4. Вкажіть різницю в білковому складі жіночого та коров'ячого молока, як це відбивається на процесах травлення дитини?
5. Які фактори жіночого молока сприяють імунологічному захисту дитини?
6. Назвіть якісні відмінності жіночого та коров'ячого молока відносно вмісту вітамінів.
7. Назвіть які ускладнення спостерігаються при грудному годуванні дитини.
8. Поясніть поняття „гіпогалактія”, та класифікацію розладів лактації
9. Назвіть профілактичні та лікувальні заходи щодо розвитку гіпогалактії.
10. Яка частота приймання їжі дітей віком понад один рік?

САМОСТІЙНА РОБОТА №1

ТЕМА: «Особливості обміну речовин у дитячому віці»

Актуальність: знання особливостей обміну білків, жирів, вуглеводів і енергії у дітей в залежності від віку необхідне для розуміння особливостей розвитку дитини, механізмів дії фізіологічних захисних сил організму та їх розладів при патологічних станах. Це дає змогу правильно організувати догляд за здоровою дитиною, вчасно поставити діагноз і адекватно спрямувати лікувальні заходи.

Завдання 1. Визначте особливості білкового обміну в дитячому організмі.

Питання для самоконтролю:

- Яка головна роль білків в організмі дитини?
- Які продукти багаті на білок?
- В яких продуктах містяться незамінні амінокислоти?

Завдання 2. Визначте особливості жирового обміну в дитячому організмі

Питання для самоконтролю:

- Яка головна роль жирів в організмі дитини?
- Які продукти багаті на жири?
- Чому не можна повністю виключити з меню дитини жири?

Завдання 3. Визначте особливості вуглеводного обміну в дитячому організмі

Питання для самоконтролю:

- Яка головна роль вуглеводів в організмі дитини?
- Які продукти багаті на вуглеводи?
- Чи може порушуватись обмін, якщо в харчуванні переважають вуглеводи?

Завдання 4. Визначте потребу у воді залежно від віку

Заповнити таблицю	
на 1 кг маси тіла	дитині
	0 - 2 роки - 5 – 6 років - 7 – 10 років – 12 – 13 років - 11 – 14 років -

Завдання 5. Підготувати коротку презентацію на тему « Значення заліза та йоду для організму дитини та потреби в них»

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ (ПОЗНАЧТЕ ПРАВИЛЬНУ ВІДПОВІДЬ)

1. Особливостями обміну води у дітей є:

- A. Вищий ніж у дорослих вміст води у всіх тканинах
- B. Більша частка позаклітинної рідини
- C. Більш інтенсивний обмін води
- D. Вища ніж у дорослих відносна потреба у рідині
- E. Усе перелічене вірно

2. Причинами вітамінної недостатності у дітей можуть бути:

- A. Недоношеність

- В. Штучне вигодовування
- С. Захворювання шлунково-кишкового тракту
- Д. Інфекційні захворювання, їх медикаментозне лікування
- Е. Усе перелічене

3. Аліментарний гіповітаміноз розвивається при недостатньому надходженні вітамінів з:

- А. з їжею {фрукти, овочі, соки}
- В. з нестачею лікарських препаратів
- С. з нестачею коров'ячого молока
- Д. з нестачею води
- Е. з недостатнім перебуванням на свіжому повітрі

4. На які групи поділяються вітаміни:

- А. водорозчинні та жиророзчинні
- Б. нерозчинні
- В. розчинні

5. Гіповітаміноз С виникає при недостатньому вмісті:

- А. ацетилсаліцилової кислоти
- В. мурашиної кислоти
- С. амінокапронової кислоти
- Д. аскорбінової кислоти
- Е. Вітаміну Д

САМОСТІЙНА РОБОТА №2

ТЕМА: «АФО ендокринної системи у дітей раннього віку. Імунна система, як контроль за генетичною стабільністю внутрішнього середовища»

Актуальність: знання АФО ендокринної та імунної систем у дитячому віці необхідне для оцінки стану систем, для встановлення діагнозу і прогнозу захворювань інших систем органів. Особливо цінними при цьому є динамічні спостереження за змінами в крові в процесі захворювання. Функціональна активність імунної системи у дітей різних вікових груп має значні відмінності, які визначають їх чутливість до інфекційних агентів, впливають на захворюваність. Необхідно враховувати медико-психологічні аспекти поведінки пацієнтів із патологією даних системи.

Завдання 1. Опишіть роль залоз внутрішньої секреції в організмі дитини.

Питання для самоконтролю:

- Роль гормонів в організмі.
- Назвати основні гормони, які впливають на організм.
- Найважливіші гормони для росту організму.

Завдання 2. На основі вивченого матеріалу заповніть таблицю «Ендокринні залози»

№	Назва ендокринних залоз	Гормони
1	Гіпоталамус	
2	Гіпофіз	
3	Щитовидна залоза	
4	Паращотовидна залоза	
5	Наднирники	
6	Підшлункова	
7	Статеві залози	

Завдання 3. Дайте визначення терміну «Імунітет». Які види імунітету ви знаєте?

Завдання 4. Дайте відповіді на тестові завдання:

1. Які клітини острівців Лангерганса виробляють інсулін?

- A. Альфа-клітини;
- B. Бета-клітини;
- C. Дельта-клітини;
- D. Омега-клітини;
- E. C – клітини

2. Де синтезується кортизон, альдостерон, прогестерон?

- A. У гіпофізі
- B. У корі надниркових залоз
- C. У статевих залозах
- D. У підшлунковій залозі
- E. У корі головного мозку

3. Який гормон синтезується в підшлунковій залозі?

- A. Глюкагон
- B. Альдостерон

- C. Мелатонін
- D. Паратгормон
- E. Кальцитонін

САМОСТІЙНА РОБОТА №3

ТЕМА: «Сучасні методи догляду за недоношеною дитиною»

Актуальність: унаслідок самостійної підготовки студент повинен знати критерії виписки недоношених дітей з пологового відділення та вміти здійснити перший патронаж і провести медсестринське обстеження, вміти дати рекомендації по профілактиці рахіту, анемії у новонароджених дітей.

Завдання 1. Перерахуйте фізіологічні особливості недоношених немовлят по системно.

Питання для самоконтролю:

- Критерії і ознаки недоношеності.
- Класифікація недоношеності.
- Критерії виписування недоношеної дитини з пологового будинку.

Завдання 2. Вкажіть періодичність огляду та тривалість диспансеризації недоношених дітей вузькими спеціалістами (заповніть таблицю).

Спеціаліст	Періодичність	Тривалість
Невролог		

Завдання 2. Вкажіть основні принципи диспансеризації недоношених дітей:

Завдання 3. Складіть алгоритм виходжування недоношеної дитини для матері в домашніх умовах.

- Як, чим і коли годувати недоношеного в домашніх умовах?
- Які особливості догляду за недоношеною дитиною?
- Які методи зігрівання недоношених?
- Профілактика дефіцитних станів.

Завдання 4. Розв'яжіть ситуаційну задачу. Дитина народилась недоношеною на 30 тижні вагітності з вагою 1900 г. Після I етапу виходжування у пологовому відділенні: стан дитини стабільний, знаходиться на ентеральному харчуванні грудним молоком, відбувається наростання маси тіла. Маса тіла 2200 г. Мати відмовляється від II етапу виходжування у відділенні патології новонароджених, має можливість організувати необхідний догляд вдома. Складіть перелік предметів догляду за дитиною та складіть план догляду.

САМОСТІЙНА РОБОТА №4

ТЕМА: «Дієта та режим жінки-годувальниці»

Актуальність: унаслідок самостійної підготовки студент повинен знати особливості харчування жінки – годувальниці. Правильне харчування жінки, що годує, – це запорука здоров'я не тільки самої мами, але і немовляти. Грудне вигодовування закладає основи імунітету, фізичного та розумового розвитку. Головний принцип, яким потрібно керуватися у харчуванні на період лактації, – обережність.

Завдання 1. Розписати режим дня для вагітної жінки.

Питання для самоконтролю:

- Коли і як повинні проводитися прогулянки?
- Як часто повинна відпочивати вагітна жінка ?

Завдання 2. Складіть приблизне меню для вагітної жінки . Розкрийте наступні питання:

- Як часто повинна приймати їжу вагітна жінка ?
- Які продукти повинна вживати вагітна жінка?
- Які продукти протипоказані вагітній жінці?

Завдання 3. Складіть план заходів для жінки з метою запобігання гіпогалакції.

Питання для самоконтролю:

- Що таке «гіпогалакція»?
- Що таке «зціджування молока» і для чого воно проводиться?
- Як харчування жінки впливає на лактацію?

Завдання 4. Заповніть таблицю.

Які фрукти можна при грудному вигодовуванні?	
Чи можна каву при грудному вигодовуванні?	
Які овочі можна при грудному вигодовуванні?	
Які горіхи можна при грудному вигодовуванні?	

САМОСТІЙНА РОБОТА №5

ТЕМА: «Харчування дітей після року»

Актуальність: унаслідок самостійної підготовки студент повинен знати правила харчування дітей віком після року. Повноцінність і раціональність харчування. Приблизні добові норми основних речовин для дітей віком 1-6 років та дітей шкільного віку. Частоту годувань. Добові норми основних поживних речовин та енергетичної

Завдання 1. Складіть таблицю, в якій перерахуйте продукти, які повинні складати основу раціонального харчування дитини. Визначіть розподіл продуктів на 1 день для дитини старше 1 року. Визначіть % співвідношення об'єму і калорійності їжі.

1 року?

Завдання 2. Перерахуйте основні принципи харчування дітей.

Питання для самоконтролю:

- Який продукт повинен складати основу меню для дитини старше 1 року?
- Як часто дитина повинна отримувати м'ясо та рибу?

Завдання 3. Складіть меню на 1 день для дитини віком 5 років.

- Вкажіть кратність годування.
- Вкажіть основні продукти, які повинна отримувати дитина.

Завдання 4. Ви працюєте медичною сестрою у дитячому дошкільному закладі. Складіть меню – розкладк для молодшої групи дитячої дошкільної установи.

ЛІТЕРАТУРА

Основна):

1. Пропедевтична педіатрія: підручник для студ. вищ.мед. навч. закладів /В.Г. Майданник, В.Г. Бурлай, О.З. Гнатейко; за ред. проф.В.Г. Майданник. - Вінниця: Нова Книга, 2012.-880 с.
2. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики : підручник/ С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко, Л.В. Беш та ін. - 5-е вид., переробл. і допов. – К - ВСВ “ Медицина”, 2014.- 592 с.
3. Шегедин М.Б., Орібко С.Д., Киричук Г.І., Серета М.П. та ін. Медсестринство в педіатрії. Навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації спеціальності “Сестринська справа”. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2009. – 312 с.

Додаткова:

4. Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми: Підручник для студентів вищих медичних закладів. – Вінниця: ДП ДКФ, 2006. – С. 432-438.
5. Педіатрія: Навч. посібник / О.В. Тяжка, О.П. Вінницька, Т.І. Лутай та ін.; за ред. проф. О.В. Тяжкої. – К.: Медицина, 2005. – С.132-137.
6. Пропедевтика дитячих хвороб. Методика обстеження здорової та хворої дитини. Семіотика дитячих хвороб / Навчальний посібник для студентів III-IV рівня акредитації вищих медичних навчальних закладів за ред. проф. О.Гнатейка. – Львів: Ліга-Прес, 2004. – С. 258-273.
7. Федорців О.Є. та інш. Алгоритми практичних навиків у педіатрії: Навчальний посібник. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 167 с.

Електронне видання

Куксенко Ірина Василівна
Поцюрко Наталія Теодозіївна

«НОВОНАРОДЖЕНА ДИТИНА»
НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК
для студентів спеціальності 223 Медсестринство

*Рекомендовано Методичною радою КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені
Андрея Крупинського» як електронний навчальний посібник
Протокол №3 від 27 березня 2023 р.*

Ум.-друк. арк. 7,1

КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» 79000 м.Львів,
вул. П.Дорошенка, 70
Тел: (032) 244-57-52, 261-50-48