

Медсестринство в педіатрії

Лекції:

Лекція 1 2.3

Вступ. Основні завдання та організація педіатричної служби в Україні. Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем

Мета:

. Засвоїти і застосовувати теоретичні знання з анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, показати вплив цих особливостей на розвиток патології в різні вікові періоди, переконати у необхідності індивідуального підходу до кожної дитини .

Набути змогу обстежити, правильно та об'єктивно оцінити стан дитини, надати долікарську медичну допомогу, виконувати складні медичні маніпуляції з діагностичною і лікувальною метою, проводити лікувально-профілактичні заходи, знати основи охорони праці та охорону праці в педіатрії.

Навчальна:

Вивчити історію педіатрії, ознайомитись з основними завданнями державної системи охорони материнства і дитинства.

Виховна:

Набути здатності до таких якостей: дисциплінованість, спостережливість, співчуття, чуйність, милосердя і головне — високу відповідальність за кожен дію медичного працівника.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні компетентності:

СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.

СК. 2. Здатність до вміння задовольняти потреби пацієнта протягом різних періодів життя (включаючи процес умирання), шляхом обстеження, діагностики, планування та виконання медичних втручань, оцінювання результату та корекції індивідуальних планів догляду та супроводу пацієнта.

СК. 3. Здатність до самоменеджменту у професійній медичній діяльності.

СК. 4. Здатність до співпраці з пацієнтом, його оточенням, з іншими медичними й соціальними працівниками на засадах сімейно-орієнтованого підходу, враховуючи особливості здоров'я чи перенесені хвороби та фізичні, соціальні, культурні, психологічні, духовні чинники і фактори довкілля, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу.

СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 8. Здатність до використання інформаційного простору та сучасних цифрових технологій в професійній медичній діяльності.

СК. 12. Здатність до безперервного професійного розвитку фахівців у сфері

охорони здоров'я (освіта впродовж життя).

СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Набути здатності до виконання професійних компетентностей

Методи: мультимедійна презентація лекції

Дидактичні засоби навчання: полілог, вибірковий контроль на засвоєння викладеної теми.

Література:

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами

імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.:

Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. /

Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

Структура заняття

1. Організаційна частина заняття

2. Повідомлення теми, мети та основних завдань заняття

3. Актуалізація опорних знань здобувачів освіти і контроль вихідного рівня знань

4. Мотивація навчальної діяльності здобувача освіти

5. Усвідомлення нових знань (вивчення нового матеріалу або засвоєння

Термін «педіатрія» походить від грецького «pais» – дитина і «iatreia» – лікування.–

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

- інтегративна наука про дитину, її внутрішній світ, морфо-функціональний стан органів та систем в різні вікові періоди.

Засновник педіатрії, як окремої науки,

- Степан Хомич Хотовицький (1796-1889рр.) українець за походженням, професор медико-хірургічної академії в Петербурзі.

Завдяки його наполегливим вимогам, педіатрія була відокремлена від акушерства в окрему науку.

Основні події розвитку педіатрії в Україні:

вихід у світ першого посібника з педіатрії “Педіатрика” (1847);

викладання педіатрії на медичному факультеті Київського університету (1848);

відкриття першої дитячої лікарні у Києві (1887);

організація першої кафедри дитячих хвороб при Київському університеті святого Володимира;

організація першої дитячої клініки при Олександрівській лікарні (1891).

розвиток лікувально-профілактичної допомоги дітям (О.М.Хохол, 1897-1964);

-
створення окремого стаціонару для новонароджених і грудних дітей
(Г.Н.Сперанський, 1873-1969);
створення першого науково-дослідного інституту охорони материнства і
дитинства (Харків, 1923;

Київ, Одеса, Дніпропетровськ, 1928);

Сучасні відомі фахівці з педіатрії

Члени-кореспонденти НАМН:

-Волосовець Олександр

-Бектова Галина

-Крамарьов Сергій

-Кривоустов Сергій

-Шадрін Олег

-Крючко Тетяна

-Речкіна Олена

Ще в середині ХІХ століття видатний педіатр

С.Х. Хотовицький писав, що дитина - не дорослий у мініатюрі й відмінність організму дитини полягає не в менших розмірах органів, а в особливостях будови та їх функціях.

Дитина- це не мініатюра дорослого, це "окрема людина".

Її організм має свої анатомо-фізіологічні особливості, які постійно змінюються на протязі всього періоду дитинства;

не можна говорити про "норми" для дітей взагалі, без диференціювання їх у віковому аспекті.

для дитячого організму характерні процеси росту і розвитку, їх несбалансованість, незрілість структур і функцій, формування їх у процесі взаємодії із зовнішнім середовищем по мірі віку.

Галузі педіатрії:

-профілактична

-клінічна

-наукова

-соціальна

-екологічна

-психосоматична

Дитячі заклади поділяють на:

-лікувально-профілактичні та

-навчально - виховні

Законодавство:

Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я
(ЗНДДОЗ)

- Наказ МОЗ України N 97 від 16.02.2005 «Лікування дітей за спеціальністю
«Педіатрія»

-
- Наказ МОЗ України N 504 від 13.03.2018 « Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»

Організація педіатричної служби:

Первина лікувально-профілактична ланка

Центри перв.мед. допомоги

Сімейні амбулаторії та ФАПи

Стаціонари

Ургентна педіатрія

Спеціалізовані відділення- II,III,IV рівнів

- у лікарнях та стаціонарах

- науково-дослідні інститути

клінічні кафедри медичних університетів

Особливості педіатрії:

1. На дитину не можна дивитися як на зменшену копію дорослого.
2. Значна кількість захворювань починається у дитячому віці.
3. Ряд захворювань зустрічаються тільки у дитячому віці: рахіт, спазмофілія, пілоростеноз, синдроми Патау, Едварса, аномалії конституції.
4. Є захворювання, які зустрічаються переважно у дітей: гострі дитячі інфекції, глистяні інвазії.

Захворювання, які зустрічаються і у дорослих, у дітей мають свої особливості перебігу (пневмонії у дітей раннього віку, як правило, двобічні, дрібновогнищеві; бронхіоліти проходять тяжко, з дихальною недостатністю, часто у дітей спостерігається інтоксикаційний синдром, судоми, тощо).

6. Кожен лікар стикається з педіатрією: лор, окуліст, гінеколог, акушер, ортопед, і т.д.

Педіатрія тісно пов'язана з іншими галузями науки: біохімією, фізикою і біофізикою, біологією, а також іншими галузями медицини: терапією, хірургією, гігієною, акушерством, гінекологією.

8. Знання з педіатрії допомагають лікарям інших спеціалізацій: ортопедам, акушерам, хірургам, кардіологам, тощо.

9. Особливості збору анамнезу, обстеження анатома – фізіологічних особливостей дітей різного віку

Особливості збору анамнезу:

З'ясовують антенатальний анамнез, перебіг вагітності, професійні шкідливості батьків, їх вік, шкідливі звички; акушерський анамнез; харчовий, алергічний, генетичний, епіданамнез;

Лікар разом із медичною сестрою збирає анамнез, як правило, не безпосередньо у хворого, а у батьків, родичів, опікунів, осіб, які доглядають за дитиною;

Щоб виявити відхилення від норми, треба добре знати анатома – фізіологічні особливості дитячого організму у віковому аспекті.

Рекомендації, щодо форми стосунків з батьками маленьких пацієнтів:

- Контакт встановлюють в першу чергу з дитиною, бо як тільки батьки відзначають, що дитя не чинить опір медичному працівникові, вони відносяться до нього з довірою.

- Довіра до лікаря, медичної сестри викликається їхньою поведінкою, особистим прикладом, людськими якостями. Спокійний, уважний, оптимістичний, акуратний медичний працівник, що має здоровий вигляд, правильну поставу, без надлишку маси тіла, не палить, служить прикладом, що вселяє довіру.

- Перекоаний і чіткий виклад відомостей про стан дитини в доброзичливій і м'якій формі, що свідчить про високий професійний рівень медика, викликає довіру до нього особисто і до установи, яку він представляє.

- Придушення страху у дитини і його близьких - одне з головних деонтологічних завдань, чому сприяють перераховані якості медика і деякі прийоми — відвертання уваги, жарт та ін.

- Дотримання відомої дистанції за умови граничної доброзичливості полегшує взаєморозуміння в складних ситуаціях

- Прояв таких душевних якостей, як увага, доброта, ласка, вносить заспокоєння в свідомість батьків.

- Тверда воля при пред'явленні батькам певних вимог полегшує лікувальний процес, оскільки батьки, що деколи втрачають самовладання, не завжди розуміють, що їх поведінка відбивається на стані дитини.

- Навіювання дитині і його рідним думки про те, що вони самі зацікавлені і потребують виконання лікарських розпоряджень, знімає багато деонтологічних труднощів.

Особливості обстеження дітей:

- Слід враховувати особливості реакції дитини на чужу людину, на білий халат; негативне ставлення до огляду;

- Дослідження проводити у наступній послідовності: від менш неприємних до неприємних (в кінці огляду проводиться обстеження ротової порожнини).

Психологічні особливості дитячого віку:

Контакти з дітьми полегшують:

- їх довірливість, навіюваність, нерозуміння міри небезпеки захворювання, маніпуляції або хірургічного втручання, оптимізм, відсутність психічних комплексів.

Спілкування з дітьми утрудняють:

- почуття страху, полярність і неадекватність реакцій, негативізм, низькі свідомо-вольові якості, схильність до симуляції і дисимуляції, рідкі, але небезпечні психосоматичні реакції, коли боязнь маніпуляцій здатна ускладнитися зривом компенсаторних механізмів.

Одне і те ж захворювання переноситься в різному віці неоднаково, особливо в ситуаціях, загрозливих їх життю.

Чим старше дитини, тим вона більш свідомо і трагічніше відчуває свій стан і тим серйозніше для неї психологічна травма. Це також залежить від пізнавального рівня дитини, психосоціального розвитку, пережитого досвіду, тому украй важливо запобігти психогенній (інформаційній) ятрогенії, яка може

-
виникнути унаслідок необдуманого рішення медика, повідомлення ним без попередньої підготовки загрозового життю діагнозу, незрозумілої медичної інформації.

Відмова батьків від профілактичних, діагностичних і лікувальних процедур нерідко ставить лікаря чи медперсонал в скрутне положення.

Важливо враховувати, що батьки хворого дитини часто знаходяться в стресовому стані, тому повідомлення про розвиток важкого ускладнення, можливому несприятливому результаті захворювання має бути у край обережним і поетапним.

Детальніша інформація представляється після деякого часу, коли батьки будуть здатні сприйняти її спокійніше. **Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем у дітей**

1. Нервова система

- Незрілість кори головного мозку
- Висока рефлекторна збудливість

2. Серцево-судинна система

- Частий пульс
- Нестабільний артеріальний тиск

3. Дихальна система

- Вузькі дихальні шляхи
- Поверхневе, часте дихання

4. Травна система

- Низька ферментативна активність
- Схильність до порушень травлення

5. Імунна система

- Незрілість
- Висока сприйнятливості до інфекцій

6. Опорно-руховий апарат

- Хрящова перевага
 - Висока рухливість, швидке зростання
-

Періоди дитячого віку:

1. Внутрішньоутробний період (антенатальний, або пренатальний, *pativitas* пологи, гестаційний). Тривалість 270 – 280 днів:

- 1. фаза ембріонального розвитку

від моменту запліднення або 1 день останнього менструального циклу матері до 9 тижн. вагітності (2 міс.);

- 2. фаза плацентарного розвитку

від 9 тижня вагітності до 40 тижня

(із 3-го міс. - до народження).

Особливості:

- швидкий ріст плода (довжина плода збільшується в 5 000 разів);

-

- збільшення маси тіла (в $6 \cdot 10^{12}$ разів);
- харчування за рахунок материнського організму.
- виникнення тератогенних вад розвитку плода та захворювань під дією ендогенних і екзогенних чинників:
 - а) генетичні (мутантні гени, хромосомні аберації);
 - б) фізичні (іонізуюча радіація);
 - в) хімічні (професійні шкідливості, отрутохімікати, алкоголь, паління, деякі медикаменти);
 - г) інфекційні агенти (вірус краснухи, грипу, цитомегаловірус тощо).

II. Позаутробний період дитинства (від моменту народження до 18 років):

1. Період новонародженості (неонатальний або перинатальний): неонатологи - мікропедіатри

- ранній неонатальний (від народження до 7 днів);
- пізній неонатальний (від 8 до 28 днів);

2. Період немовляти- грудного віку (від 29 дн до 12 місяців).

3. Період нейтрального дитинства- молочних зубів
(від 1р до 7 років):

- молодше дитинство або переддошкільний період (від 1 року до 3 років);
- дошкільний період (від 4р. до 6 – 7 років).

4. Молодший шкільний вік (від 6 – 7 до 11 років).

5. Середній шкільний вік (від 12р. до 14р.)

6. Старший шкільний вік або період статевого дозрівання
(від 15 р. до 18 років).

Період новонародженості:

Транзиторні стани:

- еритема;
- пологова пухлина;
- фізіологічна втрата маси (до 7 – 8 %)
- транзиторна гіпо – і гіпертермія;
- гормональний криз;
- сечокислий інфаркт;
- фізіологічна гіпербілірубінемія;
- фізіологічна жотяниця;
- транзиторні порушення обміну речовин;
- транзиторна диспепсія;

-

- транзиторний дисбактеріоз.

Ви оглядаєте дитину віком 4 діб. Вчора дитина була виписана з пологового стаціонару. Мати повідомила, що близько 2-х годин назад у дитини піднялась

температура тіла до 38,5оС. Об'єктивно: дитина неспокійна, відмічається сухість слизових оболонок, гіперемія шкіри. Соматично дитина здорова.

Який стан найімовірніше у дитини?

- A Транзиторна гіпертермія
- B Транзиторна гіпотермія
- C Статева криза
- D Фізіологічна еритема
- E Транзиторний катар кишок

Патологія періоду новонародженості:

Ембріо- та фетопатії;

-Пологові травми;

-Вроджена патологія (внутрішньоутробні інфекції, особливо TORCH – інфекції, вроджені аномалії розвитку).

-Рідко зустрічаються гострі дитячі інфекційні захворювання (кір, скарлатина, краснуха, вітряна віспа та ін.)

-Висока сприйнятливність до гноєрідних мікробів і патогенних штамів кишкової палички, кокової флори (стафілокок).

Особливості грудного періоду:

1. Інтенсивний ріст та прибавка маси дитини, поступове згасання (ослаблення) енергії росту.
2. Висока інтенсивність обмінних процесів з переважанням анаболічних процесів.
3. Висока функціональна активність щитовидної та вилочкової залоз.
4. Посилений ріст та диференціювання мозкової тканини, морфологічна і функціональна її недосконалість, підвищена проникність гематоенцефалічного бар'єру.

Під час огляду новонародженого мати поскаржилася на почервоніння сідниць.

При огляді є різке почервоніння з ерозіями. Дитина постійно знаходиться в "Памперсах", шкірні складки оброблюються присипками час від часу.

Про яке захворювання треба подумати?

- A Попрілість
- B Пітниця

-
- C Піодермія
- D Фізіологічна еритема
- E Токсична еритема

Мед.працівник оглядає дитину з метою оцінки нервово-психічного розвитку. Дитина стежить і повертає голову за рухами яскравого предмету, у напрямку звука, добре утримує голову у вертикальному положенні.

Якому віку відповідають дані показники?

- A 3 місяці
- B 1 рік
- C 6 місяців
- D 1 місяць
- E 9 місяців

Під час проведення первинного патронажу до новонародженого, мати поцікавилась чи треба поїти дитину кип'яченою водою і в якій кількості? Дитина здорова, молока у матері достатньо.

Яку рекомендацію ви повинні дати ?

- A Нічого, крім грудного молока не давати
- B Давати воду до 200 мл на добу
- C Давати воду до 120 мл на добу
- D Давати воду до 5 мл на добу
- E Поїти водою кожні 2 години по 20 мл

Функціональна слабкість травного апарату;

- 6. Інтенсивний ріст кісток;
 - 7. Недостатній розвиток додаткових пазух носа (гайморової пазухи тощо);
 - 8. Ослаблення пасивного імунітету та розвиток на 2 – 4 місяці життя – транзиторної фізіологічної гіпоімуноглобулінемії;
 - 9. Схильність до дифузних реакцій та нездатність обмежувати патологічний процес, що призводить до септичних станів;
 - 10. Інтенсивне формування численних умовно-рефлекторних зв'язків та другої сигнальної системи (мови). В 1 рік дитина починає говорити - знає 8 – 10 слів.
- Ви - фельдшер ФАП, оглядаєте дитину грудного віку. Під час огляду виявлено: дитина сидить самостійно, добре знає матір. Починає вимовляти склади, у неї прорізаються нижні центральні різці. Якому вікові відповідає психомоторний розвиток дитини?

- A 6 місяців
- B 8 місяців
- C 4 місяці
- D 9 місяців

Е 1 рік

Ви проводите бесіду з матір'ю новонародженої дитини.

Яка нормальна температура у новонародженої дитини?

А 36,5-37,5оС

В 36,1-36,4оС

С 30,0-32,0оС

Д 33,0-35,0оС

Е 32,2-34,5оС

Молодше дитинство або переддошкільний період

-поступове удосконалення функціонування організму;

-надзвичайна пластичність;

-емоційна лабільність;

-швидке формування інтелекту: добре говорить, збагачується запас уявлень;

-зменшується схильність до дифузних реакцій;

-частіше зустрічаються дитячі інфекції;

-збільшується частота тубінфікування.

Дитина дуже рухлива, допитлива;

Основною формою розвитку є гра;

Через гру дитина здобуває перші трудові навички, швидко росте словарний запас;

До 2 – 3-х років речення стають багатослівними;

Дитина в усьому наслідує дорослого.

Дошкільний період

Зростає потреба у спілкуванні з іншими дітьми;

За рівнем інтелектуального розвитку дитина готова до поступлення в школу;

Дещо сповільнюється процес росту;

В 5 – 6 років починається зміна молочних зубів на постійні;

Дитина переходить на режим харчування дорослого;

Тривалість денного сну 2 – 2,5 год., нічного – 10 – 11 год.;

Дуже добра пам'ять: легко запам'ятовують вірші, переказують казки, засвоюють іноземну мову;

Проявляються алергічні захворювання (бронхіальна астма, ревматизм, гломерулонефрит та ін.)

Молодший шкільний вік:

Значно зростає м'язова маса, формуються рухові якості - швидкість, спритність, сила, витривалість;

Відмічається переважне значення гормонів щитовидної та статевих залоз - виникають ендокринні дисфункції;

Молочні зуби повністю змінюються постійними.

Формуються необхідні трудові навички;

Формуються здібності, здатність до тривалої цілеспрямованої діяльності (розумової і фізичної);

-
Збільшується обсяг уваги та її стійкість.

Період середнього і старшого шкільного віку:

- період статевого дозрівання;

перебудова ендокринної системи, посилений ріст;

у дівчаток вторинні статеві ознаки розвиваються швидше, ніж у хлопчиків на 1 – 1,5 роки;

часто зустрічається функціональні розлади серцево-судинної, нервової системи, що обумовлено швидким непропорційним ростом всього тіла і окремих органів, а також нестійкістю вегетативно – ендокринної системи.

Питання для самоконтролю:

Педіатрія — наука про здорову й хвору дитину. Основні етапи розвитку педіатрії. Видатні вчені — засновники педіатрії. Внесок українських вчених у розвиток педіатрії (С.Х. Хотовицький, О.М. Хохол, В.Г. Балабан, І.М. Руднєв, А.А. Кисіль, С.І. Ігнатів, П.М. Гудзенко, О.М. Лук'янова, П.С. Мощич, В.М. Сидельников).

Основні закони, спрямовані на поліпшення охорони здоров'я матері та дитини.

Система організації медичної допомоги дитині. Дитячі лікувально-профілактичні та навчально-виховні заклади.

Роль фельдшера в організації профілактичної та лікувальної допомоги дітям. Диспансеризація дитячого населення. Основні положення чинних наказів у педіатричній службі.

Етика, деонтологія та професійні якості фельдшера.

Періоди дитячого віку та їх характеристика. Доцільність розподілу на періоди у зв'язку з вимогами щодо виховання здорової дитини, профілактики хвороб, діагностики та лікування.

Анатомо-фізіологічні особливості нервової системи й органів чуття.

Головний мозок. Морфологічно й функціонально зрілі та незрілі ділянки мозку. Безумовні рефлекси новонародженої дитини. Формування умовних рефлексів. Розвиток мовлення у дітей. Вплив умов навколишнього середовища, харчування, захворювань і виховання на розвиток умовно-рефлекторної діяльності дитини.

Значення процесу гри в пізнанні дітьми навколишнього середовища. Розвиток статичних і моторних функцій у дітей першого року життя і старших. Розвиток органів чуття.

Особливості спинного мозку.

Шкіра, її анатомічні та функціональні особливості. Особливості підшкірної основи. Методика обстеження шкіри. Догляд за шкірою.

Температура тіла. Особливості терморегуляції у дітей. Підтримування необхідної температури в приміщенні для дітей раннього віку. Вимоги до проведення прогулянок дітей раннього віку. Вимірювання температури тіла. Уявлення про гіпертермію. Гігієнічні вимоги до одягу для дітей.

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

План лекційного заняття № 2 2.3

Тема:

Анатомо-фізіологічні особливості новонародженої дитини та догляд за нею

Мета:

. Засвоїти і застосовувати теоретичні знання з анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, показати вплив цих особливостей на розвиток патології в різні вікові періоди, переконати у необхідності індивідуального підходу до кожної дитини .

Набути змогу обстежити, правильно та об'єктивно оцінити стан дитини, надати долікарську медичну допомогу, виконувати складні медичні маніпуляції з діагностичною і лікувальною метою, проводити лікувально-профілактичні заходи, знати основи охорони праці та охорону праці в педіатрії.

Навчальна:

— Ознайомитись з основними завданнями державної системи охорони материнства і дитинства, сучасними методами обстеження органів і систем;

Виховна:

Набути здатності до таких якостей: дисциплінованість, спостережливість,

співчуття, чуйність, милосердя і головне — високу відповідальність за кожную дію медичного працівника.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні компетентності:

СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 8. Здатність до використання інформаційного простору та сучасних цифрових технологій в професійній медичній діяльності.

СК. 12. Здатність до безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (освіта впродовж життя).

Результати навчання:

Набути здатності до виконання професійних компетентностей

Методи: мультимедійна презентація лекції, відеофільм

Дидактичні засоби навчання: полілог, вибірковий контроль на засвоєння викладеної теми.

Література:

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

Структура заняття

- 1. Організаційна частина заняття**
- 2. Повідомлення теми, мети та основних завдань заняття**
- 3. Актуалізація опорних знань здобувачів освіти і контроль вихідного рівня знань**
- 4. Мотивація навчальної діяльності здобувача освіти**
- 5. Усвідомлення нових знань (вивчення нового матеріалу або засвоєння нових знань)**
- 6. Узагальнення та систематизація вивченого матеріалу**
- 7. Підведення підсумків заняття**

Викладач: Олена НЕЖУРА

План

1. Плід і його розвиток
2. Період новонародженості та оцінка зрілості.
3. Медсестринські дії.

Внутрішньоутробний період
(антенатальний, або пренатальний, гестаційний)
(тривалість 270 – 280днів):

- фаза ембріонального розвитку

від моменту запліднення або 1 день останнього менструального циклу матері до 9 тижн. вагітності (2 міс.);

- фаза плацентарного розвитку

від 9 тижня вагітності до 40 тижня –
(із 3–го міс. - до народження).

Особливості:

- швидкий ріст плода (довжина плода збільшується в 5 000 разів);
- збільшення маси тіла (в $6 \cdot 10^{12}$ разів);

-

- харчування за рахунок материнського організму.

Тератогенез:

- Виникнення вад розвитку плода під дією ендогенних і екзогенних тератогенних чинників:

а) генетичні (мутантні гени, хромосомні аберації);

б) фізичні (іонізуюча радіація);

в) хімічні (професійні шкідливості, отрутохімікати, алкоголь, паління, деякі медикаменти);

г) інфекційні агенти (вірус краснухи, грипу, цитомегаловірус тощо).

Період новонародженості (неонатальний):

- ранній неонатальний (від народження до 7 днів);

- пізній неонатальний (від 8 до 28 днів);

Критичні періоди росту й розвитку:

Межа віку та особливості критичних періодів:

Внутрішньоутробний період: максимальна інтенсивність процесів проліферації клітин, диференціювання тканин, формування органів:

- I триместр вагітності (20 – 70 днів після зачаття)- ризик виникнення вроджених вад.

- Останній триместр вагітності- прискорений приріст маси тіла. Ризик внутрішньоутробної гіпотрофії та недоношеності

Перинатальний період - перехід до позаутробного життя:

Метаболічна та функціональна адаптація. Втрата та відновлення маси тіла у періоді новонародженості

Доношена новонароджена дитина:

дитина, яка по морфологічному і функціональному статусу є готовою до позаутробного життя при раціональній організації харчування та догляду.

народилася в терміні гестації 38-42 тижні, з масою 3200-3500 г, зростом 46-54 см, обводом голови 34-36 см, обводом грудей 32-34 см.

Ознаки зрілості доношеної дитини:

Голосний крик;

Активне смоктання;

Добре утримування тепла;

Активні, але безладні, атетозоподібні рухи;

Підвищений тонус м'язів згиначів;

Наявність безумовних рефлексів: ссання, ковтання, долонно – ротового, хапального, повзання, ходьби, спинного хребта;

Дія світла сприяє звуженню зіниць, заплющенню очей, відкиданню назад голови;

Добре розвинений дотик, слух;

Присутня реакція на неприємний смак і запах;

Солоня, гірка, кисла їжа викликає неспокій, посилене слиновиділення.

Що таке шкала Апгар?

Це система швидкої оцінки стану новонародженого для з'ясування необхідності екстреної медичної допомоги.

Шкала була запропонована американським лікарем-анестезіологом Вірджинією Апгар в 1952 р.

* A (appearance) - колір шкіри;

* P (puls) - пульс;

* G (grimace) - гримаси;

* A (activity) - активність руху, тонус м'язів;

* R (respiration) - дихальні рухи, рефлекторна збудливість.

Клінічні ознаки	Оцінка в балах		
	0	1	2
Серцебиття	Відсутнє	< 100 за 1 хв	> 100 за 1 хв
Дихання	Відсутнє	Брадипное, неритмічне	Нормальне, крик голосний
М'язовий тонус	Відсутній	Легке згибання кінцівок	Активні рухи
Рефлекторна збудливість	Відсутня	Гримаса	Чихання, кашель
Колір шкіри	Загальна блідість або ціаноз	Рожевий тулуб, ціаноз кінцівок	Рожевий

8-10 балів – здорова новонароджена дитина

6-7 балів – легка асфіксія

4-5 балів – стан середньої тяжкості

1-3 бала – тяжка асфіксія

0 – мертвнонароджений або клінічна смерть

Транзиторні стани:

- еритема;

- пологова пухлина;

- фізіологічна втрата маси (до 7 – 8 %)

- транзиторна гіпо – і гіпертермія;

- гормональний криз;

- сечокислий інфаркт;

- фізіологічна гіпербілірубінемія;

- фізіологічна жотяниця;

- транзиторні порушення обміну речовин;

- транзиторна диспепсія;

- транзиторний дисбактеріоз.

Питання для самоконтролю:

Плід і його розвиток. Шкідливий вплив різних чинників на внутрішньоутробний розвиток плода. Основні групи захворювань, які виникають під час внутрішньоутробного розвитку плода.

Характеристика доношеної новонародженої дитини. Зовнішні ознаки та фізіологічна зрілість органів і систем. Оцінювання стану дитини за шкалою Апгар. Анатомо-фізіологічні особливості шкіри, підшкірної основи, м'язової, нервової, дихальної, серцево-судинної систем, органів чуття, системи травлення, крові, печінки, органів сечовиділення.

Організація середовища й догляду за новонародженою дитиною згідно з чинними наказами. Дотримання правил асептики та антисептики.

Кроки теплового ланцюжка. Спільне перебування породіллі й новонародженої дитини в палаті.

Догляд за пуповинним залишком, пупковою ранкою. Догляд за шкірою. Вакцинація новонароджених проти туберкульозу, гепатиту В.

Фізіологічні стани новонароджених: фізіологічна втрата маси тіла, фізіологічна жовтяниця, фізіологічна еритема, токсична еритема, транзиторна

гарячка, статевий криз, сечокислий інфаркт нирок, транзиторний дисбактеріоз і транзиторний катар кишок.

Правила виписування дитини з пологового будинку. Перший патронаж новонародженої дитини, його зміст і завдання.

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунoproфілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

План лекційного заняття № 3 2.3

Тема:

Анатомо-фізіологічні особливості недоношеної дитини та догляд за нею

Мета:

. Засвоїти і застосовувати теоретичні знання з анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, показати вплив цих особливостей на розвиток патології в різні вікові періоди, переконати у необхідності індивідуального підходу до кожної дитини .

Набути змогу обстежити, правильно та об'єктивно оцінити стан дитини, надати долікарську медичну допомогу, виконувати складні медичні маніпуляції з діагностичною і лікувальною метою, проводити лікувально-профілактичні заходи, знати основи охорони праці та охорону праці в педіатрії.

Навчальна:

— Ознайомитись з основними завданнями державної системи охорони материнства і дитинства, сучасними методами обстеження органів і систем;

Виховна:

Набути здатності до таких якостей: дисциплінованість, спостережливість, співчуття, чуйність, милосердя і головне — високу відповідальність за кожну

дію медичного працівника.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні компетентності:

СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 8. Здатність до використання інформаційного простору та сучасних цифрових технологій в професійній медичній діяльності.

СК. 12. Здатність до безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (освіта впродовж життя).

Результати навчання:

Набути здатності до виконання професійних компетентностей

Методи: мультимедійна презентація лекції

Дидактичні засоби навчання: полілог, вибірковий контроль на засвоєння викладеної теми.

Література:

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

Структура заняття

- 1. Організаційна частина заняття**
- 2. Повідомлення теми, мети та основних завдань заняття**
- 3. Актуалізація опорних знань здобувачів освіти і контроль вихідного рівня знань**
- 4. Мотивація навчальної діяльності здобувача освіти**
- 5. Усвідомлення нових знань (вивчення нового матеріалу або засвоєння нових знань)**
- 6. Узагальнення та систематизація вивченого матеріалу**
- 7. Підведення підсумків заняття**

Викладач: Олена НЕЖУРА

План

1. Визначення недоношеності та її причини і ступені.
2. АФО органів і систем
3. Догляд та годування
4. Профілактичні щеплення
5. Виписка

Поняття недоношеності:

Недоношеною вважається дитина, яка народилась в строк раніше 38 тижня вагітності, з вагою менше, ніж 2500г, зростом менше ніж 45см, схильна до асфіксії, має недовершену терморегуляцію та захист.

Головні чинники:

- патологія геніталій (дисфункція яєчників, цервікальна недостатність)
- токсикози I та II половини вагітності
- хронічні захворювання внутрішніх органів (пороки серця, нефропатії, цукровий діабет та ін.)
- патологія плаценти,
- багатопліддя,
- неправильне положення плода,

- ранні аборти в анамнезі.
- гострі інфекційні захворювання, вік вагітної(менше 17 та більше 35 років), нервові потрясіння, Rh- конфлікт

Ступені недоношеності:

I ступінь – вага від 2001г. -2500г.строк гестації 35-37 тиж.

II ступінь – вага від 1501г. – 2000г, строк гестації-32-34т.

III ступінь- вага від 1001-1500г,строк гестації-29-32тиж.

IV ступень- вага менше 1000,строк гестації менше 29 тиж

Зовнішній вигляд недоношеної дитини :

малий зріст, низька маса тіла, непропорційна будова тіла -велика голова і тулуб відносно зросту, перевага мозкового черепу над лицьовим).

З боку ЦНС:

- 1.Загальна слабкість, адинамія.
- 2.Схильність до приступів асфіксії
- 3.Недоношені діти постійно сплять навіть під
- 4.Очі у таких дітей частіше заплющені.
- 5.Почуття голоду відсутнє.
- 6.Крик тихий, слабкий, переважно при подразненні (різні маніпуляції).
- 7.Ссальний та ковтальний рефлекси виражені слабо , а у глибоко недоношених повністю відсутні.
- 8.Фізіологічні рефлекси (Бабкіна , Робінзона, Моро та ін.) знижені , а у глибоко недоношених – відсутні.

Характеристика шкіри , її придатків та підшкірної клітковини:

При народженні шкіра дитини вкрита першопологовою змазкою сірувато-білого кольору .

Колір шкіри в перші дні життя червоний.

Шкіра сильно вкрита “лануго- пушкове волосся.

Підшкірна клітковина майже повністю відсутня у глибоко недоношених та слабо розвинена у дітей з малою ступенню недоношеності.

Фізіологічна втрата маси становить до 10-12%

Шкіра легко збирається у складки.

Захисна функція шкіри знижена.

Поверхневий роговий шар епідерм розвинен слабо

Потові залози не розвинені

У недоношеної дитини недорозвинені нігті, вони не доходять до кінчиків пальців.

Вушні раковини м'які , легко мнуться та зліпаються.

Характеристика кістково-м'язової системи:

При народженні відмічається помірна або виражена податливість тім'яних кісток.

Відмічається помірне розходження черепних швів.

Всі тім'ячка черепа(велике, мале, бокові) відкриті.

Якщо дитина довго лежить в одному положенні, у неї розвивається деформація голови .

У недоношених дітей частіше зустрічається природжена дисплазія тазостегнових суглобів

М'язовий тонус згиначів знижений.

Великий розпластаний живіт з розходженням прямих м'язів живота.

Характеристика системи терморегуляції:

Система терморегуляції вкрай недосконала.

Діти швидко переохолоджуються і також швидко перегріваються.

Температури тіла у недоношених цілком залежить від температури зовні.

На фоні переохолодження у недоношених дітей може виникнути приступ асфіксії.

Недосконалість центру терморегуляції призводить до швидкого перегріву Глибоко недоношені діти неспроможні реагувати підвищенням температури тіла у відповідь на появу інфекції. Навіть важкі захворювання (абсцес, остеомиєліт, пневмонія та ін.) не супроводжуються у таких дітей температурою.

Характеристика дихальної системи.

Дихання часте, поверхневе, неритмічне, дуже лабільне.

ЧД здорового недоношеного у середньому становить 40-50/хв.

Вузькі носові ходи, кровонаповнення слизової оболонки носу, плоске перенісся.

При ринітах виникають задишка та ціаноз.

Ребра розташовані майже горизонтально, грудна клітина знаходиться постійно як би у положенні вдоху, поверхневий тип дихання, погана вентиляція нижньо-задніх відділів.

Діафрагма розташована більш високо, рухи її обмежені

Легені менш повітряні, в них легше виникають застійні явища.

Недостатньо розвинена еластична тканина часто виникають ателектази.

Слабо розвинений або повністю відсутній кашльовий рефлекс тому вони схильні до аспірації молока під час годування.

Характеристика імунної системи та реактивність організму:

Імунітет значно знижений.

Погано виробляють антитела до різних мікроорганізмів.

Ці антитела скоріше ніж у доношених виводяться із кров'яного руслу.

Схильність до гострих респіраторних захворювань а також до рецидивів захворювань

Знижена реактивність, що проявляється відсутністю температури при інфекційних процесах, поганим заживленням ран.

Характеристика серцево-судинної системи.

АТ нижче ніж у доношених.

ЧП коливається від 100 до 180 уд/хв.

Пульс дуже лабільний. Під час крику, при годуванні, після огляду лікаря він легко прискорюється.

Висока проникливість та ломкість судин. Схильні до появи гіпостазів (накопичення крові у нижніх відділах), а це зумовлює синюшний або

-
вишневий колір шкіри ніг та тулуба.

Характеристика травної системи.

Недостатньо розвинені або повністю відсутні ссальний і ковтальний рефлекс.

Самостійно ссати із пляшечки вони починають на 2-3 тижня.

Слизова оболонка ротової порожнини суха, ніжна, легко уразлива, часто з'являється молочниця.

Шлунок розташований майже вертикально, має малу ємкість, м'язовий шар менш розвинутий, тому при скороченні шлунка молоко часто виливається назовні, часто зригують.

Функція печінки недостатньо розвинена, фізіологічна жовтяниця більш інтенсивна і триває значно довше ніж у доношених дітей (більш 1 міс).

Стінка кишечника має підвищену проникливість.

Перистальтика дуже в'яла, частий метеоризм, із-за якого порушується дихання.

Випорожнення мають кашеподібну консистенцію та яскраво-жовтий чи жовто-помаранчевий колір.

Кількість випорожнень за добу становить от 1 до 5 разів.

Характеристика кровотворної системи.

Кров здорового недоношеного при народженні має велику кількість еритроцитів- $5-7 \times 10^6$ та високий рівень гемоглобіну вище 183 г/л.

На 2-му місяці життя з'являється рання анемія, причина - недостатня кількість заліза

Нейтрофільно-лимфоцитарний перехрест настає пізніше- кінець першого початок другого тижня.

Характеристика сечостатевої системи.

Нирки недостатньо диференційовані.

У перші дні життя сечовипускання рідкі, згодом діти починають мочитися приблизно 20-25 р/доб. В першу добу сеча не має кольору, з 2-3 доби стає янтарного кольору. Відносна питома вага у перші дні відносно висока 1010-1012, згодом зменшується до 1002-1006.

У хлопчиків -яєчка не опущені у мошонку(так звана "порожня" мошонка).

У дівчаток великі статеві губи не прикривають малі.

Відсутнє фізіологічне нагрубання грудних залоз а також кров'янисті виділення із статевої щілини.

Догляд за недоношеною дитиною.

I етап - відділення для недоношених в пологових будинках (зазвичай діти знаходяться у таких відділеннях не менше ніж 9 – 14 днів).

II етап - відділення для недоношених дітей, на базі дитячої лікарні.

Поступають практично здорові недоношені з масою тіла до 2000г, та хворі діти з масою до 2500г, віком не менше 8 дня життя.

При масі не менше ніж 2100-2000г виписуються додому під нагляд дільничного педіатру та медсестри.

III етап - відділення реабілітації(денний стаціонар) або педіатрична дільниця у амбулаторії.

Заходи збереження тепла включають використання теплих кімнат, інкубаторів обігрівачів, ліжок-грілок, матраців-грілок. використання методу „мами-кенгуру”.

Термін гестації 34-36 тижнів ,задовільний –акушерка в пологовому залі викладає дитину на живіт матері , обсушує сухою і теплою пелюшкою голову та тулуб дитини, потім вкриває іншою сухою теплою пелюшкою, одягає шапочку і шкарпетки т накриває спільною з матір’ю ковдрою

Направляє разом з матір’ю у відділення новонароджених ч/з 2 години.

Контролює температуру тіла.

При гестаційному віці 32-33 тижні дитина зігрівається за допомогою ламп обігрівачів, ліжок грілок, матраців - грілок

При гестаційному віці менше 32 тижнів дитина в інкубаторі (кювез).

Використовують кювез тільки для хворих або для новонароджених з дуже низькою масою тіла;

При використанні обігрівальних апаратів новонароджені повинні бути одягнені в розпашонку, шапочку, шкарпетки і повзуни і мати стабільний клінічний стан.

В інкубаторах необхідно контролювати температуру тіла дитини щонайменше кожні 4-6 годин і регулювати температуру всередині апаратів в межах 30- 37°C , вологість повітря 70 – 75%, забезпечити подачу 40% кисню.

Новонародженим з масою тіла ≤ 1000 грамів слід проводити контроль температури тіла кожні 3 години; Один раз у три доби дитину перекладають у чистий стерильний інкубатор, з ціллю запобігання внутрішньо лікарняній інфекції.

Нетрадиційний метод догляду за немовлятами з малою масою тіла – це метод “мати-кенгуру”, який здійснюється забезпеченням:

- A Постійного контакту “шкіра до шкіри” між матір’ю і дитиною
- B Контакт “шкіра до шкіри”, який підтримується тільки світовий день
- C Контакт “шкіра до шкіри”, який підтримується тільки вночі
- D Контакт “шкіра до шкіри” на протязі 10 годин на добу
- E Контакт “шкіра до шкіри” на протязі 15 годин на добу

Медсестра радить матері використовувати метод “мати-кенгуру” при вазі дитини більше:

- A 1000 г
- B 800 г
- C 1500 г

D 2500 г

E 2000 г

Годування недоношених

Термін гестації 37-36 тижнів при наявності пошукового, сосального та ковтального рефлексів- грудьми

Термін гестації 35-34 тижні при наявності пошукового, сосального та ковтально рефлексів- грудьми, якщо ці рефлекси знижені, - з чашечки

Термін гестації 33-30 тижнів- з чашечки, при різкому зниженні пошукового,сосального та ковтального релексів через зонд

Термін гестації до 30 тижнів при відсутності рефлексів пошуку, ссання та ковтання- ч/з зонд. Зонд назогастральний або орогастральний, ставиться не більш ніж на 3 доби, перед кожним годуванням треба шприцем відсмоктати вміст шлунку, щоб дізнатися як перетравлюється молоко.

Який основний метод годування недоношених новонароджених з терміном гестації до 30 тижнів?

A Через зонд

B Годування грудьми

C З чашки

D Годування грудьми або з чашки

E З ложечки

Щеплення дитини здійснюється за поінформованою згодою матері.

Щеплення дитини з малою масою тіла при народженні, -2000,0 грамів і більше, проводиться в звичайні строки та звичайним дозами вакцин (не зменшеними) в залежності від клінічного стану дитини.

Усі дані про проведене щеплення (дата, доза, серія, термін придатності) вносяться до карти розвитку новонародженого та виписку.

Щеплення новонароджених проводять безпосередньо у палаті після огляду дитини лікарем-педіатром . Дітям, народженим від матерів з невизначеним або позитивним HBsAg статусом, щеплення проводиться протягом 12 годин після народження незалежно від маси тіла і стану дитини Новонародженим, які народились з масою тіла < 2000 грамів у матерів з негативним HBsAg статусом, вакцинація проводиться при досягненні дитиною маси тіла 2000 грамів або через 1 місяць.

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

Щеплення проти туберкульозу проводиться всім новонародженим з масою тіла при народженні $\geq 2000,0$ грамів на 3 -5 добу життя за винятком , якщо дитина хвора, якщо мати дитини хвора на активний туберкульоз, або якщо маса дитини при народженні менше 2000гр.

Яка вага при народженні є протипоказом для введення вакцини БЦЖ на 3 добу життя дитини?

- A До 2000 г
- B 2300 г
- C 2500 г
- D 3000 г
- E 3500 г

Профілактика рахіту (призначення вітаміну Д)

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

Профілактика залізодефіцитної анемії (призначення препаратів заліза)

Новонародженим з масою тіла при народженні < 1800 гр і терміном гестації < 32 тижнів з початку 3 тижня життя рекомендовано призначення 2-4 мг/кг елементного заліза внутрішньо на добу щоденно;

Критерії виписки дитини:

Маса тіла дитини $\geq 2000,0$ грамів. Загальний стан дитини задовільний

Самостійне дихання адекватне з частотою 30-60 за хвилину

Дитина може підтримувати стабільну нормальну температуру тіла.

Дитина засвоює належний добовий об'єм харчування і стабільно збільшує масу тіла (щонайменше 20 г/добу)

Зроблені всі профілактичні щеплення

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

Рекомендовано після виписки: продовжити профілактичне введення вітамін, продовжити профілактичне введення заліза.

Одним з критеріїв виписування дитини, народженої з малою масою тіла, з пологового будинку є маса тіла, що дорівнює або більша:

- A 2000 г
- B 3500 г
- C 1500 г
- D 2500 г
- E 3000 г

Питання для самоконтролю:

Визначення недоношеності та її причини. Клінічна характеристика недоношеної дитини. Зовнішні ознаки, функціональна незрілість, особливості центральної нервової системи, легень, серцево-судинної і травної систем, гемопоезу та реактивності організму.

Особливості перебігу фізіологічних станів. Організація середовища та принципи виходжування недоношених дітей. Етапність виходжування. Методи

зігрівання недоношених дітей. Профілактика вторинної асфіксії. Вигодовування недоношених з урахуванням віку, маси тіла під час народження, ступеня зрілості, загального стану. Техніка годування. Добова та разова кількість молока. Потреба в основних харчових інгредієнтах. Профілактика гіпотрофії, рахіту, анемії. Особливості фізичного та психомоторного розвитку. Основні принципи диспансеризації недоношених дітей.

Догляд за недоношеною дитиною в домашніх умовах.

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

План лекційного заняття № 4 2.3

Тема:

Вигодовування грудної дитини та харчування дітей старшого віку

Мета:

. Засвоїти і застосовувати теоретичні знання з анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, показати вплив цих особливостей на розвиток патології в різні вікові періоди, переконати у необхідності індивідуального підходу до кожної дитини .

Набути змогу обстежити, правильно та об'єктивно оцінити стан дитини, надати долікарську медичну допомогу, виконувати складні медичні маніпуляції з діагностичною і лікувальною метою, проводити лікувально-профілактичні заходи, знати основи охорони праці та охорону праці в педіатрії.

Навчальна:

— Ознайомитись з основними завданнями державної системи охорони материнства і дитинства, сучасними методами обстеження органів і систем;

Виховна:

Набути здатності до таких якостей: дисциплінованість, спостережливість, співчуття, чуйність, милосердя і головне — високу відповідальність за кожну дію медичного працівника.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Результати навчання:

Набути здатності до виконання професійних компетентностей

Методи: мультимедійна презентація лекції

Дидактичні засоби навчання: полілог, вибірковий контроль на засвоєння викладеної теми.

Література:

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

Структура заняття

1. Організаційна частина заняття

2. Повідомлення теми, мети та основних завдань заняття

-
3. Актуалізація опорних знань здобувачів освіти і контроль вихідного рівня знань

4. Мотивація навчальної діяльності здобувача освіти

5. Усвідомлення нових знань (вивчення нового матеріалу або засвоєння нових знань)

6. Узагальнення та систематизація вивченого матеріалу

7. Підведення підсумків заняття

8. Домашнє завдання

Викладач: Олена НЕЖУРА

Добова потреба дітей в харчових речовинах

Вік	Білки, г	Жири, г
0-3 мес.	2,2	6,5
4-6 мес.	2,6	6,0

7-12 мес.	2,9	5,5
------------------	------------	------------

Потреби в енергії для немовлят змінюються залежно від віку:

- 1-3 міс -120 ккал/кг на добу
- 4-6 міс – 115 ккал/кг на добу
- 7-12 міс – 110 ккал/кг на добу

Принципи успішного грудного вигодовування ВООЗ і ЮНІСЕФ в програмі «Baby friendly hospital»

Наявність плану дій (політики) щодо підтримки грудного вигодовування (далі - Політика) і регулярне доведення його положень до відома усіх медичних працівників закладу, вагітних, матерів та членів їх родини.

Систематичне навчання медичного персоналу щодо впровадження Політики (плану дій) підтримки грудного вигодовування

Впровадження в практику сучасних методів підготовки сім'ї до народження дитини. Інформування та навчання вагітних, матерів та членів їх родин щодо переваг та методів грудного вигодовування.

Основні правила грудного вигодовування

1. Для успішного початку грудного вигодовування дуже важливе раннє прикладання дитини до грудей — протягом першої години після народження. ...
2. Для здорових мами й дитини необхідно створити умови, при яких вони зможуть перебувати разом цілодобово. ...
3. У молозивний період та після приходу молока дитина повинна отримувати виключно материнське молоко. ...

Характеристики молозива та молока , значення:

- Багате на імуноглобуліни – забезпечує захист від інфекції і алергії
- Багато лейкоцитів – захист від інфекції
- Має послаблюючий ефект – сприяє відходженню меконію, запобігає жовтяниці
- Містить фактори росту – сприяє дозріванню кишечника, запобігає алергії
- Багате на вітамін А – зменшує чутливість до інфекції, запобігає розвитку захворювань очей.

Піраміда харчування

Харчування мами має бути максимально повноцінним та дуже різноманітним.

Продукти, що становлять основу **піраміди**, повинні вживатися в їжу якнайчастіше, в той час, як продукти, що знаходяться на вершині піраміди, слід уникати або вживати в обмежених кількостях.



Асортимент залежить від сезону

Природне вигодовування є найкращою формою харчування дитини.

Під природним вигодовуванням вітчизняні педіатри розуміють таке вигодовування, при якому дитина перших 6 місяців життя отримує не менше ніж 80% грудного молока матері.

Воно є унікальним, фізіологічно адекватним способом харчування новонароджених і дітей першого року життя. Вище сказане дозволяє розглядати природне вигодовування як феномен найбільшої мудрості еволюції життя, загально-біологічного впливу на безпосереднє і віддалене здоров'я дитини і дорослої людини, включаючи і основи її духовності. *Природне вигодовування виконує широке коло життєво важливих функцій не лише харчового і захисного характеру, але й найтоншої регуляції – управління розвитком і диференціюванням. Але сам процес вигодовування дитини є не самоціллю, а тільки засобом досягнення її гармонійного росту і розвитку.*

Безперечним є довготривалий вплив харчування немовлят на фізичний розвиток, стан здоров'я, коефіцієнт інтелектуального розвитку в наступні роки життя. З іншого боку, стало очевидним, що харчування на першому році життя «програмує» метаболізм таким чином, що ті або інші його порушення можуть збільшити ризик розвитку цілого ряду захворювань: таких як алергічні хвороби, ожиріння, метаболічний синдром, остеопороз тощо.

Новонароджена дитина з'являється на світ незрілою у багатьох відношеннях. Вона не може сама себе обслуговувати і захищати, самотійно пересуватися і харчуватися, розмовляти. Тільки в кінці першого року життя дитина досягає відносної автономії.

Природні особливості травлення надають дитині можливість рости і дозрівати більш ефективно за допомогою зв'язку з матір'ю через «молочну пуповину».

При ньому всі метаболічні і ферментативні механізми розраховані на молоко власної матері. Завдяки черезклітинному перенесенню, компоненти їжі проходять через стінку травного тракту в незмінену вигляді і безпосередньо використовуються

дитячим організмом (пластичні речовини, імуноглобуліни, гормони, ферменти, біологічно активні речовини тощо).

Можна виділити 4 групи переваг природного вигодовування перед штучним:

- Пластична цінність. Збалансованість жіночого молока за якісним та кількісним складом, оптимальне співвідношення білків, жирів, вуглеводів та мінеральних речовин.
- Біологічна цінність жіночого молока. Наявність факторів протиінфекційного захисту, гормонів, біологічно активних речовин. Саме ці переваги не може відтворити жодна штучна суміш.
- Психофізіологічні переваги. Емоційно-тактильний контакт матері і дитини під час годування дає відчуття безпеки дитині та формує почуття материнства у жінки. Створює ряд позитивних фізіологічних ефектів для матері та дитини.
- Технологічні і економічні переваги. Жіноче молоко стерильне, завжди готове до вживання, має оптимальну температуру, затрати енергії дитиною на отримання молока є регулятором, який практично виключає можливість переїдання, грудне вигодовування є найдешевшим.»

Особливості організації вигодовування безпосередньо залежать від вікових анатомо-фізіологічних особливостей дитини і їх можна розділити на три основних періоди (становлення лактації, повноцінного грудного годування та періоду введення твердої їжі – прикорму). **До питань організації природного вигодовування відносяться:** режим годування та об'єм молока, техніка годування, тривалість годування, відлучення від грудей. Паралельно з цим розглядаються питання загальні для будь-якого виду вигодовування – корекція харчування, прикорм, водний баланс організму, регулювання кишечного пасажу, організація сну дитини, прийом лікарських засобів при необхідності тощо.

Характер режиму годування залежить від віку та фізіологічних особливостей дитини, стану здоров'я та соціального оточення жінки, та цілого ряду інших факторів. Принципово розрізняють два режими: фіксованого (за розкладом) та вільного (на вимогу дитини) вигодовування. Оптимальним є застосування їх відповідно до періоду вигодовування: в перший період – вільний, пізніше – фіксований. Поняття вільного режиму передбачає вибір дитиною частоти та тривалості годування, об'єму висмоктаного молока, а фактично це є відсутність будь якого режиму.

При сумісному перебуванні матері і дитини в пологовому будинку зорганізується вільний режим. Переваги годування на вимогу: становлення лактації відбувається швидше, ефективніше виробляються смоктальні навички у дитини, дитина має меншу фізіологічну втрату маси тіла і швидше набирає вагу, раніше формується взаємне пізнавання і звикання пари матір-дитина. Вільне вигодовування бажано зберігати і в перші дні після виписки, в домашніх умовах. Частота прикладання в перший тиждень може складати 12-20 разів на добу. **Найбільшу складність у такій системі вигодовування представляє правильне розуміння матір'ю крику дитини.** Його причинами можуть бути, крім голоду, і біль, і незручне положення, і охолодження, і мокра пелюшка тощо. Тривале застосування вільного вигодовування є виснажливим для матері, погіршує її відновлення після пологів, викликає втому та явища десинхронозу.

У подальшому у дитини найчастіше виробляється свій режим годування від 6 до 8 разів на добу. Тому, при переході до періоду повного грудного вигодовування слід дотримуватись встановлених годин, що має значення для формування біоритму роботи травних залоз й апетиту дитини, для утворення молока у матері, раціональної організації режиму її життя. Годування за режимом передбачає коливання у часі на

15-20 хвилин від запланованого, в залежності від харчової активності дитини. При фіксованому режимі годування дитина відрізняється спокійною поведінкою, хорошим глибоким сном, кращими темпами надбавки ваги. Тим часом у матері, як правило, встановлюється стабільне прибування достатньої кількості молока.

Слід також пам'ятати, що для дитини тривалий (6 годин) сон є вкрай необхідним. Такий сон створює повноцінні умови для відпочинку нервової системи немовляти та формування монофазного типу з тривалим періодом глибокого сну. Саме під час такого сну найбільш інтенсивно йдуть анаболічні процеси в організмі і йде ріст дитини.

Годують дитину впродовж 15-20 (не більше 30) хвилин, ослаблених дітей – до 30 хвилин. Цього часу достатньо для насичення більшості дітей. Надто тривале годування погіршує травлення у шлунку, сприяє формуванню негативної звички «*лінивого смоктуна*». Оптимальним є роздільне годування грудьми – на одне годування одну грудь. Груді при годуванні чергують. При роздільному годуванні загальна продукція молока у жінки більша за об'ємом, більш стабільна через триваліший час наповнення груді і, крім того, завжди є можливість, при збільшеній потребі молока у дитини, трохи догодувати її з іншої груді.

Після годування слід потримати дитину у вертикальному положенні 5-10 хвилин до відригивання повітря. **«Аерофагія»** – заковтування повітря при смоктанні, є фізіологічним явищем, оскільки дитина завдяки високому розташуванню надгортанника може одномоментно смоктати молоко та в той же час дихати.

У перший період та до введення прикорму залишки молока у груді слід зціджувати, що буде сприяти більш інтенсивній продукції молока, оскільки молочна залоза є апокриною і працює за законом «попиту і пропозиції» – чим більше молока виділяється, тим більше його виробляється.

Водно-мінеральний обмін є окремим розділом метаболізму дитячого організму, тоді як грудне вигодовування є способом харчування, а не методом його регуляції. Діти на грудному вигодовуванні, в окремих ситуаціях потребують додаткової рідини. Це може бути пов'язане із особливістю обміну речовин та станом здоров'я конкретної дитини, із зниженою вологістю та/або підвищеною температурою повітря у приміщенні, підвищеною температурою зовнішнього середовища, збільшеною жирністю материнського молока тощо. В цих ситуаціях потрібно запропонувати дитині воду, при відсутності потреби у ній – дитина сама відмовиться. Позбавлення дитини можливості отримати воду часто приводить до вододефіцитного зневоднення. Відчуваючи спрагу дитина стає неспокійною, а додаткове годування молоком в таких умовах тільки погіршує стан. Вода дитині дається невеликими порціями з ложечки, кружки чи пляшечки, у проміжку між годуваннями.

Крім того, допоювання необхідне хворим дітям, особливо при захворюваннях, що супроводжуються підвищенням температури чи збільшенням частоти дихання, гіпербілірубінемією, дегідратацією різного ґенезу (діарея, блювота, поліурія тощо). Ознаки дегідратації загальновідомі: зменшення частоти сечовиділень та діурезу, зниження тургору тканин, сухість шкіри та слизових оболонок, западання великого тім'ячка, неспокій дитини через спрагу.

Основною вимогою до води є її безпечність. У даний час, як для пиття, так і для приготування сумішей, страв прикорму рекомендують використовувати спеціальну бутильовану воду для дитячого харчування з низькою мінералізацією, оскільки вона безпечна у бактеріологічному відношенні, не вимагає кип'ятіння, не містить шкідливих хімічних та радіоактивних речовин, має гарні органолептичні властивості.

Штучним вважається харчування дітей до року, якщо вони отримують лише 1/5 від добової потреби грудного молока або не отримують її зовсім. Відмовлятися від вигодовування груддю з необґрунтованих причин не етично. Але в житті бувають ситуації, коли грудне вигодовування утруднено або неможливо.

Причини заборони на грудне вигодовування з боку жінки

- медичні показання; абсолютні показання – важкі пологи, туберкульоз у відкритій формі, ВІЛ, нелікований сифіліс, важкі хронічні інфекції, алкогольна або наркотична залежність, розлади психіки, несумісність по резус-фактору з дитиною, онкологія грудних залоз;
- також є обмеження для жінок, які приймають ліки, не сумісні з годуванням груддю;
- обмеження можливе при гепатиті та герпетичної інфекції;
- якщо у жінки з фізіологічним чи інших причин немає молока.

Читайте також: Як правильно вводити прикорм немовляті?

Показання для новонародженого

- вроджена непереносимість грудного молока: фенілкетонурія, галактоземія, лейциноз;
- недостатній вага при народженні – менше 1 кг;
- важкий фізичний стан після народження: ексікоз, дихальна недостатність;
- вроджені патології з боку органів та систем: пороки серцево-судинної системи, порушення з боку ЦНС, заяча губа, вовча паша.

Є причини соціального і психологічного плану. Молода мама, не бажаючи псувати форму грудей, відмовляється від годування свого малюка грудьми, ставлячи свої егоїстичні інтереси вище життєвих інтересів малюка. З такими жінками необхідно тактовно проводити бесіди, наводячи вагомі аргументи на користь грудного вигодовування.

Тим не менш, штучне харчування новонароджених – явище не рідкісне, і мамам, які стикаються з необхідністю його застосування, варто знати правила, за якими його слід здійснювати. Рішення про застосування штучного харчування для дитини повинні приймати спільно жінка і дитячий лікар, що спостерігає за новонародженим.

Правила штучного вигодовування

Насамперед, варто звернути увагу на такі моменти:

- вибір підходящої в конкретному випадку молочної суміші;
- дотримання режиму харчування;
- приготування суміші.

-
Таке важливе питання, як вибір суміші, треба вирішувати з педіатром. Він зможе запропонувати харчування, максимально відповідні складу грудного молока, або порадити лікувальні суміші, якщо вони необхідні.

Ось кілька правил, дотримуючись яких можна уникнути проблем, що виникають при цьому виді харчування новонароджених:

- Не варто купувати відразу декілька упаковок харчування. Спочатку треба спробувати, чи воно підійде дитині. Якщо організм малюка швидко адаптувався до запропонованого харчування, то його можна продовжувати і далі.
- Купувати суміші треба тільки в спеціалізованих магазинах дитячого харчування або у великих торгових центрах, де постійно здійснюється контроль за правилами та термінами зберігання. Ні в якому разі не можна купувати харчування з закінчується строком використання або з рук.
- Зберігати розкриту упаковку з сумішшю треба згідно з інструкцією, що додається до неї. Не використовувати харчування пізніше зазначеного терміну зберігання у відкритому вигляді, так як відбувається його окислення, що небезпечно для здоров'я малюка.
- Готувати суміш треба тільки в стерильному посуді. Застосовувати стерильну посуд та приладдя для годування немовляти треба протягом перших двох-трьох місяців як мінімум.
- Неухильно дотримуватися режим харчування дитини на штучному вигодовуванні. Цей момент дуже важливий для організації правильного харчування малюка. Якщо дитина, яка отримує материнське молоко, живиться за принципом «на вимогу», то штучник повинен дотримуватися режиму в прийомі суміші. Кількість годувань розподіляється таким чином: перший тиждень життя – 7-10; до двох місяців – 7-8; від двох до чотирьох місяців – 6-7; від 6 до 9 місяців – 5-6; від 9 до 12 місяців – 5.
- Важливо правильно розташовувати дитини під час процедури годування. Найбільш фізіологічне – полувертикальне положення. Важливо, щоб повітря з пляшечки не потрапляв разом з сумішшю в травний тракт дитини і не викликав зригування. Для цього треба нахилити пляшку так, щоб харчування заповнювало соску. Після закінчення годування дитини треба обережно підняти вертикально, щоб він зміг відригнути повітрям, що потрапили разом з сумішшю в шлунок.
- Дуже важливо розрахувати необхідний об'єм їжі на одне годування. Розрахунок йде в залежності від ваги дитини, її фізіологічного стану. У цьому питанні необхідно звернутися за допомогою до лікаря, спостерігає за дитиною.

Приклад розрахунку добового об'єму харчування за методом Маслова

Щоб дізнатися обсяг добового харчування для місячного дитини необхідно виконати певні розрахунки:

- Необхідна калорійність добового обсягу харчування на 1 кг ваги дитини становить 120ккал (для віку від 1 до 3 місяців).

- Калорійність добового харчування поділяється на калорійність 1 літра суміші (вказана на упаковці). В середньому це – 800 ккал/л. Виходить обсяг добового харчування.

Об'єм одного годування буде дорівнює – обсяг добового харчування розділити на кількість годувань. При вазі дитини у 1 місяць – 4 кг, калорійність добового обсягу харчування дорівнює – 120 ккал x 4=480 ккал. Обсяг добового харчування дорівнює $480:800=0,6$ л, або 600 мл. Об'єм одного годування дорівнює – 600 мл: 10=60 мл. Для розрахунків обсягів для інших віку, наводяться такі дані калорійності добового обсягу на 1 кг ваги дитини: від 3 до 6 міс. – 115 ккал; від 6 до 9 міс. – 110 ккал; від 9 до 12 міс. – 105 ккал.

Суміші для штучного вигодовування

Сьогодні ринок продуктів для штучного вигодовування дітей різноманітний. Така ситуація ставить у скрутне становище мам, які хочуть вибрати правильне харчування для своєї дитини. Весь асортимент сумішей можна розділити на кілька груп:

- Адаптовані суміші, що в повній мірі наближені за складом і властивостями до грудного молока. Вони придатні для харчування новонароджених з перших днів життя. Склад сумішей швидко засвоюється організмом дитини, так як вони відмінно збалансовані за жирів, білків, вуглеводів, мікроелементів та інших речовин.
- Частково адаптовані, також імітують склад грудного молока. Їх можна використовувати, як і адаптовані, з народження, але негативних реакцій спостерігається більше, ніж після застосування першої групи сумішей.
- Неадаптовані, в основі їх необроблене коров'яче молоко. В іншому склад такий же, як і в сумішей перших двох груп. Ці суміші не рекомендується застосовувати в якості харчування дітям молодше 6 місяців.
- Кисломолочні, приготовані на основі біфідобактерій. Ці суміші рекомендовані дітям, які страждають постійними запорами. Їх використовують як додаткове харчування до основного.
- Лікувальні, поєднують в собі поживні та лікувальні властивості. Їх призначають при різних проблемах зі здоров'ям і розвитком малюкам, що народилися недоношеними або з патологіями.

Всі групи сумішей виробляють на основі коров'ячого або козячого молока з додаванням вітамінів та інших корисних речовин. Випускається дитяче харчування у вигляді сухого порошку або вже готовим до вживання. Більш затребуваний перший варіант сухих сумішей, які готуються дуже просто. Важливо неухильно слідувати пунктам інструкції, прикладеної до суміші. Необхідно звернути увагу на деякі моменти:

- Температура води, якою розлучається суміш. Вона вказується в інструкції виробником суміші. Зазвичай це температура тіла людини та грудного молока – 36-37°C.
- Співвідношення компонентів в приготуванні суміші. Його необхідно точно дотримуватися, відповідно до інструкції, так як воно пов'язане з вагою та віком малюка і його потребами в поживних речовинах.
- Обсяг живильної суміші на одне годування повинен бути розрахований з урахуванням стану і ваги малюка.

- Дотримання стерильності в приготуванні сумішей. Цей момент необхідно суворо виконувати завжди при приготуванні дитячого харчування, але особливо в перший місяць життя новонародженого. При народженні кишечник дитини має стерильний стан, а заселення його мікрофлорою йде поступово. Важливо, щоб разом з корисною бактеріальною мікрофлорою кишечнику малюка не оселилися хвороботворні бактерії. Для дитини, що одержує суміші, немає підтримки з боку матері в якості грудного молока, що захищає кишечник від шкідливих бактерій.

Для деяких мам більш зручними в застосуванні є вже готові до вживання молочні суміші в стерильних упаковках. При їх використанні не треба розраховувати пропорції і стерилізувати пляшечки. Але, застосовуючи готові суміші, треба звертати серйозну увагу на терміни виготовлення і придатності, умови зберігання, цілісність і герметичність упаковки. Штучне харчування дитини – відповідальний і досить складний процес. Від його правильного здійснення залежить здоров'я і розвиток новонародженого. Застосовувати його слід тільки за обґрунтованими показаннями і у відповідності з рекомендаціями дитячого лікаря.

Прикорм дитини – принципи, правила та строки введення з 6 до 12 місяців

Сучасні рекомендації говорять про те, що на сьогоднішній день прикорм варто вводити однаково, як для дітей на природному, так і на штучному вигодовуванні. При цьому, дуже важливо знати загальні правила введення прикорму дітям, тобто правила введення продуктів, які відрізняються від грудного молока чи адаптованих молочних сумішей.

Починати прикорм дитини варто з однокомпонентних овочевих чи фруктових пюре – прекрасного джерела вітамінів та мікроелементів. Якщо дитина погано набирає вагу, то починати прикорм краще з однокомпонентних безглютенових каш (рисової чи гречаної), які є природним джерелом харчових волокон, вітамінів та мінералів.

Загальні правила введення прикорму

Перший прикорм малюку краще вводити вранці, з 9,00 до 11,00, щоб мати можливість побачити реакцію дитини на новий продукт. Не варто додавати в їжу для прикорму сіль та цукор. Також не слід давати перший прикорм дитині тоді, коли вона неспокійна чи втомилася.

Для початку треба запропонувати дитині ½ чи 1 чайну ложку прикорму. Якщо новий продукт не сподобався малюку, не наполягайте. Попробуйте запропонувати його ще раз пізніше чи в інший день. Якщо реакція дитини нормальна: відсутній сип, шкірні зміни чи зміни випорожнень, – збільште на наступний день дозу в 2 рази, поступово доводячи до вікової норми, яка може складати 80 г, 100 г, 140 г, а пізніше – 200 г.

Приклад введення прикорму

1-й день – 1 чайна ложка (5 г)

2-й день – 2 чайні ложки (10 г)

3-й день – 4 чайні ложки (20 г)

-
4-10-й день – доводимо до вікової норми

Якщо у малюка проявилася алергічна чи інша реакція непереносимості на прикорм, відмовтеся від нього на 3 дні, а за повторної небажаної реакції повністю приберіть даний продукт з раціону дитини.

Кожен наступний продукт прикорму має бути однокомпонентним. Страви зі змішаних продуктів можна давати тоді, коли дитина вже познайомився зі всіма цими продуктами окремо. До того ж, небажано вводити у прикорм нові продукти за 3 дні до та після проведення щеплення.

Які продукти краще використовувати для прикорму дитини

Безумовно, Ви можете приготувати овочеве, фруктове чи м'ясне пюре самостійно, проте це має певні ризики, адже склад та консистенція готового продукту в цьому випадку щоразу буде дещо відрізнятися, та є певний ризик того, що в ньому будуть зустрічатися більші частинки, якими малюк може вдавитися. До того ж, Ви не завжди можете бути впевнені в якості продуктів, з яких готуєте прикорм. Тому у сучасному світі перевага віддається продуктам прикорму промислового приготування з оптимальним складом та незмінною якістю у кожній баночці.

Крім того, в якості прикорму дітям першого року життя небажано давати цитрусові, зокрема, мандарини та апельсини.

Каші у прикормі дитини

Каші промислового приготування можуть бути молочними чи безмолочними. Безмолочна каша готується на воді, грудному молоці чи дитячій молочній суміші, до якої звикла Ваша дитина, а молочна каша готується на воді.

Правила приготування каші

Вимийте руки

Закип'ятіть рідину, яку Ви використовуєте для приготування каші

Остудіть рідину до 50°C

Налийте 100-150 мл рідини, залежно від інструкцій на пакуванні, у чистий посуд

Додайте необхідну кількість сухої каші, згідно інструкції

Перемішайте та переконайтеся у тому, що температура готової каші складає 36-37°C

Побажайте малюкові приємного апетиту

Питання для самоконтролю: Основні принципи вигодовування дітей раннього віку (раціональність, збалансованість). Відповідність кількості, якості, режиму вигодовування до віку дитини, особливостей фізичного та розумового навантаження. Потреби в основних харчових інгредієнтах. Правильне співвідношення білків, жирів, вуглеводів. Дванадцять принципів підтримки грудного вигодовування.

Грудне вигодовування. Характеристика грудного вигодовування. Лактація. Хімічний склад молока в різні терміни лактації. Значення молозива для годування новонародженої дитини. Характеристика материнського молока. Складові частини грудного та коров'ячого молока. Переваги материнського молока.

Оцінювання грудного вигодовування. Техніка прикладання дитини до груді. Правила грудного вигодовування. Достовірні ознаки недостатнього отримання дитиною грудного молока. Принципи успішного грудного вигодовування на сучасному етапі.

Режим годування. Визначення орієнтовної добової кількості молока. Розрахунок орієнтовної разової порції молока. Протипоказання та утруднення під час грудного вигодовування. Відлучення від груді.

Дієта та режим жінки-годувальниці. Гіпогалактія, профілактика та лікування. Профілактика маститу.

Штучне вигодовування, його характеристика. Показання для переведення дитини на штучне вигодовування. Правила штучного вигодовування. Різні групи сумішей для штучного вигодовування. Введення підгодовування.

Змішане вигодовування, його характеристика. Показання до змішаного вигодовування. Призначення догодовування. Правила змішаного вигодовування.

Критерії оцінювання штучного та змішаного вигодовування.

Харчування дітей віком після року. Повноцінність і раціональність харчування. Приблизні добові норми основних речовин для дітей віком 1—6 років та дітей шкільного віку. Частота годувань. Розподіл харчових продуктів за енергетичною цінністю (у відсотках). Раціональне харчування дітей. Різноманітний асортимент харчування в дитячих закладах. Добові норми основних поживних речовин та енергетичної цінності.

Консервовані продукти, рекомендовані для харчування дітей.

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

-
Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

План лекційного заняття № 5 -6 2.3

Тема:

Захворювання новонароджених. Захворювання шкіри й пупкової ранки.
Сепсис новонароджених

Пологові травми. Асфіксія новонароджених. Внутрішньочерепна пологова травма. Гемолітична хвороба новонароджених

Мета:

. Засвоїти і застосовувати теоретичні знання з анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, показати вплив цих особливостей на розвиток патології в різні вікові періоди, переконати у необхідності індивідуального підходу до кожної дитини .

Набути змогу обстежити, правильно та об'єктивно оцінити стан дитини, надати долікарську медичну допомогу, виконувати складні медичні маніпуляції з діагностичною і лікувальною метою, проводити лікувально-профілактичні заходи, знати основи охорони праці та охорону праці в педіатрії.

Навчальна:

— Ознайомитись з основними завданнями державної системи охорони материнства і дитинства, сучасними методами обстеження органів і систем;

Виховна:

Набути здатності до таких якостей: дисциплінованість, спостережливість, співчуття, чуйність, милосердя і головне — високу відповідальність за кожну дію медичного працівника.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні компетентності:

СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 8. Здатність до використання інформаційного простору та сучасних цифрових технологій в професійній медичній діяльності.

СК. 12. Здатність до безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (освіта впродовж життя).

Результати навчання:

Набути здатності до виконання професійних компетентностей

Методи: мультимедійна презентація лекції

Дидактичні засоби навчання: полілог, вибірковий контроль на засвоєння викладеної теми.

Література:

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

Структура заняття

1. Організаційна частина заняття

2. Повідомлення теми, мети та основних завдань заняття

3. Актуалізація опорних знань здобувачів освіти і контроль вихідного рівня знань

4. Мотивація навчальної діяльності здобувача освіти

5. Усвідомлення нових знань (вивчення нового матеріалу або засвоєння нових знань)

6. Узагальнення та систематизація вивченого матеріалу

7. Підведення підсумків заняття

Викладач: Олена НЕЖУРА



полог.хв.pptx

Пологові травми –

це патологічні стани, які виникають у новонародженого в результаті пологового акту:

Травми шкіри, підшкірно-жирової клітковини, кісток, м'язів внутрішніх органів.

Травми нервової системи :

- Травми ЦНС - головного та спинного мозку.
- Травми периферичних нервів.

Травми шкіри: поверхневі подряпини, в основному на шкірі голови обличчя, плечового поясу. Виникають при акушерській допомозі (накладання шипців, аміоцентез). Лікування – хірургічна обробка рани.

Підшкірно жирова основа: в основному це гематоми, викликані тим ж що і травми шкіри причинами. Лікування — холод на місце гематоми. Крововилив в кон'юнктиву очей — лікування не потребує

Ушкодження грудинно-ключично-сосковидного м'язу – гематома або надрив (при ручному виведенні голівки і плечового поясу). Ознаки - пульсуюча пухлина в ділянці м'язу. Голівка дитей звернена в здорову сторону і приведена до плеча. Лікування – пов'язка для фіксації плеча і шиї у фізіологічному положенні. На другому тижні легкий масаж, пасивні рухи головою.

Травми кісток – 11-12 випадків на тисячу новонароджених: Найчастіше - це перелом ключиці в середній третині. Клінічно можна побачити невелику пухлину в місці перелому. Пальпаторно-крепітація кісткових відламків.

Лікування - пов'язка що фіксує плечовий пояс. Може зустрічатися — перелом

-
плечової кістки в верхній третині, перелом стегнової кістки. Лікування – фіксує пов’язка.

Кефалогематома – пухлина, що утворюється на голові між окістям і кісткою. Ознаки - пухлина повторює обриси кістки (потиличної, однієї із тим’яних), не пульсує не виходять за межі кістки. Лікування: холод на місце гематоми. Бажана пункція гематоми з евакуацією вмісту не пізніше 7-8 дня від народження. Розсмоктується через 7-8 тижнів.

При обстеженні дівчинки після народження був виявлений крововилив на голові, який не виходить за межі однієї кістки, не пульсує, не болить.

Яка патологія у дитини?

- A Кефалогематома
- B Септикопемія
- C Пологова пухлина
- D Пухирчатка новонародженого
- E Внутрішньочерепна травма

Пологова пухлина – утворюється через набряк м’яких тканин, застій крові й лімфи, що виникають у наслідок підвищеного тиску на передлежачу частину тіла. Її локалізація залежить від положення плода під час пологів.

Пологова пухлина, на відміну від кефалогематоми, не обмежується тільки діяльністю однієї кістки, а поширюється на суміжні кістки і зникає протягом 1-2 діб.

Внутрішньочерепна травма (ВЧПТ)-це пошкодження мозку при пологах в результаті механічних впливів, що викликають стиснення, роздавнення, розрив тканин, і як правило крововиливи.

Чинники:

Безпосередніми причинами ВЧПТ є різні види акушерської патології:

- затяжні або стрімкі пологи;
- анатомічна невідповідність розмірів голівки плода та родових шляхів матері;
- тривале стояння голівки плода в пологових шляхах;
- акушерські посібники в пологах: акушерські щипці, вакуум - екстракція плода, хронічна гіпоксія мозку плода.

Сприяючими факторами ВЧПТ можуть бути:

- сідничне передлягання плода, велика маса плода , недоношеність, внутрішньоутробні інфекції.

Патогенез: провідне місце (75%) належить гіпоксії. У разі гіпоксії настають виражені циркуляторні розлади: переповнюється венозна система, підвищується проникливість судинних стінок, порушується біохімічний склад крові.

Судинні зміни зумовлюють набряк тканин і множинні дрібні геморагії.
Клініка.

При ВЧПТ виділяють наступні періоди:

Гострий (перші 7-10 днів і до 1 –го місяця)

Підгострий або ранній відновний період (до 4-х міс.)

Пізній відновний період (до 1 -2 р).

Період залишкових явищ (після 2-х років.).

За ступенем важкості:

-легка

-середньої важкості

-важка

Основні зміни ЦНС у новонародженого в гострому періоді —

Загально мозкові порушення.

Захворювання проявляються безпосередньо після пологів, або на 2-3 день.

Першою і постійною ознакою є:

зміни частоти і глибини дихання (90-140 за хв.);

відхилення у м'язовому тонусі і руховій активності. Дитина стає кволою апатичною, стогне, плач слабкий, монотонний, іноді спочатку у дитини спостерігається період різкого збудження;

велике тім'ячко напружене;

сон з відкритими очима (симптом сонця, що сідає).

При переміні місця, догляді за дитиною, вона довго кричить.

З'являється ністагм, блювота.

У важких випадках зникає ковтальний і смоктальний рефлекс; фізіологічні рефлекси зниженні або відсутні.

Може спостерігатися

тремор ручок; посмикування груп м'язів; судоми з'являються парези і паралічі.

Температура тіла нестійка дихання поверхневе, можуть спостерігатися апноє.

Пульс сповільнений АТ знижений. На 2-3 тижні життя вже вдається визначити чітку неврологічну симптоматику. Зворотна динаміка черепно-мозкової травми може бути різною . У відновному періоді можуть спостерігатися симптоми рухових розладів судомний, гідроцефальний, а також затримка психомоторного та мовного розвитку.

Лікування : Починається з реанімаційних заходів в пологовому залі, продовжується в палаті інтенсивної терапії, потім у відділенні! для виходжування травмованих новонароджених.

В гострому періоді –

максимальний спокій, застосовують гемостатичну , дегідратаційну , детоксикаційну терапію, корекцію метаболічних порушень, симптоматичну терапію. З перших днів - щадний режим.

Дитину оглядають в ліжечку, або в кувезі. Положення строго горизонтальне . Над голівкою підвищують міхур з льодом , до ніжок - грілку. Проводиться подача кисню.

Годування - зонд, соска.

У відновному періоді - засоби, які сприяють розсмоктуванню крововиливу, зменшення склеротичних процесів покращенню трофіки мозку та мієлінізації нервових волокон . Для стимуляції загальної реактивності проводять курси метацила, натрію нуклеїнату, апілаку, препаратів ехінацеї . Широко застосовується масаж і гімнастика.

Спинний мозок травмується при пологах частіше головного. Особливо страждає його шийний відділ пошкодження можуть бути поодинокими, або спостерігатися на декількох рівнях. У недоношених дітей спинний мозок травмується більш часто і грубо.

Причинами травми спинного мозку (ТСМ) можуть бути :

1. виведення голівки плода при фіксованому плечовому поясі;
2. виведення плечиків з допомогою різких поворотів голови і інші маніпуляції з голівкою з поворотом шії;
3. застосування вакуум екстракції або накладання акушерських щипців;
4. виведення плода з поперечного і косого положення;
5. стрімкі пологи.

При ТСМ можуть бути:

1. крововиливи в спинний мозок, його оболонки;
2. набряк спинного мозку;
3. пошкодження між хребцевих дисків, а також хребта аж до розриву спинного мозку.

Клінічні прояви залежать від рівня і виду пошкодження. Ведучим симптомом є її рухові розлади. Психічний розвиток таких дітей не страждає.

При травмі шийного відділу: спастичний тетрапарез, затруднення смоктання, витікання молока через ніс, гнусавий відтінок плачу, загальна м'язова слабкість. Травми грудного відділу — розлади діяльності дихальної мускулатури: дисфункція дихання і розвиток дихальної недостатності. Поранення поперекової ділянки : характеризується в'ялими паралічами нижніх кінцівок, порушення функції тазових органів. Ураження шийного сплетення може дати паралічі рук з гіпотонією .гіпотрофією м'язів зниженням сухожильних рефлексів.

Травми периферичної нервової системи

А). Травми плечового сплетення :

Верхній тип - параліч Дюшена -Ерба.

Нижній тип- параліч Джеріна - Клюмпке.

Тотальний параліч

В). Парез лицевого нерва.

Верхній тип - відсутні рухи і знижена рефлекторна діяльність в плечовому і ліктьовому суглобах. Збережена рухова активність долоні, фаланги пальців, вільні рухи в зап'ястному суглобі. Ручка звисає вздовж тулуба, китиця зігнута в бік долоні, пальчики рухаються.

Нижній тип - рухи збережені в плечовому і ліктьовому суглобі китиця висить. При тотальному – рука звисає немає сухожильних рефлексів. Парез лицевого нерва як наслідок накладання акушерських щипців. Обличчя у дитини асиметричне, кут рота опущений, щока набрякла, оптоз верхньої повіки. При плачу ротик перетягується в здорову сторону.

Лікування: при ураженні хребта абсолютний спокій, іммобілізація, витягання. При наявності паралічів виділяють роль вибирають фізіотерапевтичні методи: електростимуляція лікувальна фізкультура, масаж, голкотерапія. Препарати вітаміни групи В, дібазол, прозерин, аміналон, церебралізін. Асфіксія новонародженого:

патологічний стан коли після народження дихання не з'являється або з'являються слабкі дихальні рухи при наявності серцевої діяльності.

Виділяють АН - первинну (після народження) і АН вторинну (з'являються в перші години або дні життя дитини).

Чинники:

Захворювання матері - хронічні легеневі і серцево-судинні захворювання, важкі анемії, інтоксикації — всі стани, що ведуть до зниження вмісту кисню в крові плода;

Акушерська патологія, що приводить до порушення матково-плацентарного кровообігу (передчасне відшарування плаценти, обвиття пуповини, коротка пуповина, недостатність плаценти),

Захворювання плода (внутрішньоутробне захворювання, ураження мозку). Причини вторинної АН: пневмопатаї, пневмонії, пологова травма ЦНС/нервової системи, вроджені вади серця

Стан дитина оцінюється по шкалі Вірджинії Апгар. Виділяють слабку або помірну асфіксію, синю (4-6 бал. На 1-шій хв., на 5-тій 8-10 балів) і важку або білу (0-3 балів) без тенденції до поліпшення на 5хв

Для синьої асфіксії характерно: середньо важкий стан після народження, рухова активність знижена фізіологічні рефлекси пригнічені. Шкірні покриви ціанотичні, але тони серця чіткі, більш 100 уд./хв., дихання аритмічне, нерегулярне можуть бути поодинокі апное, тонус м'язів і рефлекторна

збудливість збережені. На фоні загальної квоності можуть спостерігатися періоди неспокою, тремор рук, підборіддя, судомна готовність.

При білій асфіксії: рухова активність низька, реакція на огляд квола, або відсутня, шкіра бліда, восовидна, слизові - з ціанотичним відтінком. Фізіологічні рефлексі різко знижені або відсутні, смоктальний рефлекс ослаблений, дихання відсутнє, або є слабкі поодинокі дихальні рухи.

При важкій асфіксії може розвинути гіпоксична кома: шкірні покриви бліді, з землистим відтінком, адинамія м'язовий тонус і дихання відсутнє, тони серця глухі артеріальний тиск падає.

Це перш за все запобігання подальшого кисневого голодування мозку. Реанімаційні заходи надаються згідно схеми: це жорсткий алгоритмічний процес.

1. Відсмоктування слизу з порожнини рота і носа, в момент появи голівки з родових шляхів.

2. Термінове від'єднання дитини від матері і зігрівання її. (сухе тепло).

3. Інтубація трахеї і відсмоктування вмісту трахеї та бронхів.

4. При відсутності самостійного дихання - ШВЛ з використанням кисню 1:1

5. Видалення вмісту шлунка через зонд.

6. Корекція метаболічних порушень.

7. Симптоматична терапія

Лікування новонародженого після проведення реанімаційних заходів

Парентеральне харчування протягом щонайменше 2—3 днів;

Забезпечення адекватної оксигенації;

Обмеження кількості рідини (на 20 мл/кг менше від вікової фізіологічної потреби);

Підтримання адекватної перфузії, використання пресорних амінів (допамін, добутамін — по 2(25 мкг/кг за 1хв);

5. Активне лікування судом: натрію оксибутират по 150 мг/кг на добу, діазепам (седуксен, сибазон) — по 0,1- 0,3 мг/кг на добу, фенобарбітал — спочатку в дозі навантаження (від 20 до 40 мг/кг), а в подальшому — підтримувальну добову дозу (по 3—8 мг/кг у 2 приймання), фенітоїн (у такій самій дозі), лідокаїн — у дозі навантаження (по 2 мг/кг), У подальшому постійну інфузію в дозі 6—8 мг/кг за 1 год, натрію вальпроат — по 10 мг/кг на

добу, клоназепам — по 0,2 мг/кг на добу.

У разі ураження нирок об'єм рідини не збільшують, якщо АТ нормальний.

Призначення сечогінних препаратів (лазикс, манітол) дає змогу зменшити набряк мозку.

Класифікація неонатальних жовтяниць (за часом виникнення)

Рання жовтяниця - з'являється до 36 годин життя дитини. Жовтяниця, яка з'явилася в перші 24 години - це завжди ознака патології.

„Фізіологічна” жовтяниця - проявляється після 36 годин життя дитини і характеризується підвищенням рівня загального білірубіну сироватки крові не вище 205 мкмоль/л. Така жовтяниця найчастіше пов'язана з особливостями розвитку та метаболізму новонародженого в цей період життя.

Пролонгована (затяжна) жовтяниця - визначається після 14 дня життя у доношеного новонародженого та після 21 дня життя у недоношеної дитини.

Пізня жовтяниця - з'являється після 7 дня життя новонародженого. Ця жовтяниця завжди вимагає ретельного обстеження.

Питання для самоконтролю:

Захворюваність і смертність новонароджених. Основні причини. Запобігання захворюваності. Зниження смертності. Принципи організації відділень патології новонароджених. Режим роботи відділень. Організація догляду: температурний режим, вигодовування, санітарно-протиепідемічний режим. Профілактика захворювань новонароджених.

Особливості шкіри і слизових оболонок у новонародженого. Поняття про етіологію захворювань шкіри і пупкової ранки неінфекційного та інфекційного походження. Основні клінічні прояви попрілостей I, II, III ступенів, а також везикулопустульозу, пухирчатки, омфаліту. Принципи лікування.

Догляд при захворюваннях шкіри і пупка: проведення лікувальних ванн, оброблення шкіри і пупкової ранки антисептичними розчинами, загальний догляд за новонародженим.

Знання етіології сепсису, шляхів зараження. Малі форми сепсису. Клінічні форми: септицемія, септикопемія. Симптоматика залежно від перебігу і фаз патологічного процесу. Особливості сепсису у новонароджених. Принципи лікування. Диспансерний облік.

Поняття про внутрішньоутробні інфекції.

Пологові травми. Загальні уявлення про причини, симптоми, лікування дитини. Догляд при родовій пухлині, кефалогематомі, ушкодженні м'язів і ураженні периферійної нервової системи. Поняття про чинники ризику і

причини внутрішньочерепної пологової травми, основні клінічні симптоми порушень гемодинаміки головного мозку і крововиливів. Принципи лікування. Догляд: охоронний та температурний режим, вигодовування, застосування міхура з льодом, спостереження за основними фізіологічними показниками роботи внутрішніх органів, підготовка дитини до комп'ютерної томографії головного мозку. Профілактика ушкоджень під час пологів.

Поняття про фактори ризику і причини асфіксії. Визначення ступеня тяжкості асфіксії за шкалою Апгар. Комплексний метод реанімації. Догляд за дитиною після реанімаційних заходів і профілактика вторинної асфіксії.

Поняття про синдром дихальних розладів.

Уявлення про причини, патогенез, клінічні форми, симптоматику, лабораторну діагностику гемолітичної хвороби новонароджених.

Значення антенатального патронажу в профілактиці захворювання.

Диспансерний облік дітей з патологією періоду новонародженості, особливості імунізації таких дітей.

Поняття про спадкові захворювання. Значення медико-генетичних консультацій у їх профілактиці.

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

План лекційного заняття № 7

Тема:

Гіповітаміноз. Рахіт. Гіпокальціємічний синдром у дітей раннього віку
Аномалії конституції

Мета:

. Засвоїти і застосовувати теоретичні знання з анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, показати вплив цих особливостей на розвиток патології в різні вікові періоди, переконати у необхідності індивідуального підходу до кожної дитини .

Набути змогу обстежити, правильно та об'єктивно оцінити стан дитини, надати долікарську медичну допомогу, виконувати складні медичні маніпуляції з діагностичною і лікувальною метою, проводити лікувально-профілактичні заходи, знати основи охорони праці та охорону праці в педіатрії.

Навчальна:

— Ознайомитись з основними завданнями державної системи охорони материнства і дитинства, сучасними методами обстеження органів і систем;

Виховна:

Набути здатності до таких якостей: дисциплінованість, спостережливість, співчуття, чуйність, милосердя і головне — високу відповідальність за кожну дію медичного працівника.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні компетентності:

СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 8. Здатність до використання інформаційного простору та сучасних цифрових технологій в професійній медичній діяльності.

СК. 12. Здатність до безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (освіта впродовж життя).

Результати навчання:

Набути здатності до виконання професійних компетентностей

Методи: мультимедійна презентація лекції

Дидактичні засоби навчання: полілог, вибірковий контроль на засвоєння викладеної теми.

Література:

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

Структура заняття

- 1. Організаційна частина заняття**
- 2. Повідомлення теми, мети та основних завдань заняття**
- 3. Актуалізація опорних знань здобувачів освіти і контроль вихідного рівня знань**
- 4. Мотивація навчальної діяльності здобувача освіти**
- 5. Усвідомлення нових знань (вивчення нового матеріалу або засвоєння нових знань)**
- 6. Узагальнення та систематизація вивченого матеріалу**
- 7. Підведення підсумків заняття**

Викладач: Олена НЕЖУРА

Гіповітамінози - це стани, що пов'язані з недостатністю вітамінів в організмі;

Авітамінози – це відсутність вітамінів в організмі дитини.

Розрізняють екзогенний (аліментарний) і ендогенний (внутрішній) гіповітамінози.

Аліментарні гіповітамінози: недостатнє надходження вітамінів з їжею при нераціональному харчуванні (одноманітне молочне або вегетаріанське); неправильне приготуванням і збереженням харчових продуктів (повторне підігрівання, кип'ятіння, тривале збереження звареної їжі); тривале застосування медичних засобів (сульфаніламідів, антибіотики, фенобарбітал, антациди та ін.).

Ендогенний гіповітаміноз: часткове руйнування вітамінів у травному тракті або порушення їх всмоктування; порушенням засвоєння вітамінів тканинами (гастрит із зниженою кислотоутворюючою функцією (гіповітаміноз В, С, РР, В12) або із значно підвищеною кислотоутворюючою функцією (гіповітаміноз А, С, РР), хронічні захворювання гепатобіліарної системи (гіповітаміноз жиророзчинних вітамінів - А, К, Е); целиакія та інші синдроми мальабсорбції.

В рідкісних випадках діагностують гіповітаміноз, пов'язаний зі спадковими дефектами обміну речовин, мутацією ферментів.

Неспецифічні клінічні прояви

незадовільне самопочуття

прояви інтоксикації

зниження резистентності до інфекційних захворювань

схильність до затяжного перебігу захворювань та їх хронізації

зниження розумової активності

у маленьких дітей - затримка психомоторного розвитку.

Гіповітаміноз вітаміна С: зниження апетиту, капризність, апатія, петехіальні висипи на тілі, кровоточивість ясен, гіперестезія, біль в кістках, набряки на гомілках, дефіцитна анемія (через дефіцит заліза і фолатів), зниження маси тіла

Для лікування призначають повноцінне харчування, яке включає свіжі зелені овочі, фрукти, цитрусові, настій шипшини, ягоди (смородина, порічка, клюква).

Гіповітаміноз А: блідість і сухість шкіри, її лущення, гнійничкові ураження, зниження сутінкового зору, світлобоязнь, кон'юнктивіт, блефарит, апатія, анорексія, діарея, схильність до вірусних інфекцій, анемія,

-
гепатоспленомегалія, зниження маси тіла, затримка психомоторного розвитку, затримка прорізування зубів.

Лікування: повноцінне харчування з включенням до раціону печінки, яєць, масла, сиру, риб'ячого жиру, молока, моркви, помідорів, шипшини, гороху.

Гіповітаміноз В1 (хвороба бері-бері) :

ураження нервової системи - від гіперестезії і парестезії до розвитку поліневритів і паралічів. У дітей раннього та дошкільного віку можливі прояви менінгізму, судоми; анорексія, зригування, блювання, закрепи, блідість, апатія, набряки підшкірної клітковини, прояви серцевої недостатності, виражена м'язова гіпотонія, задишка, зниження маси тіла, анемія, альбумінурія.

Лікування полягає в забезпеченні повноцінного харчування, яке повинне включати молоко, печінку, яєчний жовток, м'ясо, горіхи, бобові, хліб грубого помолу.

Рахіт - захворювання дітей раннього віку, в основі якого лежать недостатність вітамінів групи Д в організмі, порушення мінерального та інших видів обміну речовин, внаслідок чого мають місце розлади формування скелета, функцій внутрішніх органів та систем.

Етіологія:

1. Дефіцит сонячного опромінення
2. Неповноцінне харчування. Оптимальне співвідношення Са і Р в їжі – 1: 1,5
3. Недостатня рухова активність
4. Протисудомна терапія, що призначається дуже довго, сприяє підвищеній метаболізації вітаміна Д.

Класифікація рахіту:

Ступені важкості рахіту:

- 1 . легкий – I ступінь;
2. середній – II ступінь;
3. важкий – III ступінь.

Рахіт (клініка)

Види перебігу рахіту:

1. гострий;
2. підгострий;

3. рецидивуючий хронічний (період ремісії чергується з загостренням).

За періодами:

1. початковий (1-1,5 місяці);
2. розпалу;
3. реконвалесценції;
4. залишкових явищ.

Зміни з боку вегетативної нервової системи: підвищена пітливість, погіршення сну, подразливість, неспокій, зниження апетиту

Зміни з боку кісткової системи

Зміни з боку м'язової, кровоносної, серцево-судинної, травної систем: помірне збільшення печінки, селезінки, гіпотонія м'язів зв'язкового апарату, розхитність суглобів, збільшення розмірів живота, наявність анемії, такікардія

Зміни з боку кісткової системи

Потовщення на ребрах, у місцях з'єднання кісткової та хрящевої частин ребер – «чотки»

Пом'якшення ребер

Деформація грудини

Викривлення хребта - кіфоз, сколіоз

"О", "Х"-образні деформації нижніх кінцівок

Податливість та болісність при пальпації кісток черепа

Ділянки розм'якшення кісток черепа – краніотабес

Деформація кісток черепа - плоска, асиметрична потилиця, лобні та тім'яні горби

Початковий період : перші ознаки захворювання виникають частіше на 2-3 міс життя. Неспокій, легка збудливість, здригання під час громких звуків, сон поверхневий, тривожний, підвищене потовиділення, облісіння потилиці. Може виникнути розм'якшення (остеомалаяція) кісток, м'якість і піддатливість країв тім'ячок, збільшення їх розмірів. При неадекватності або відсутності лікування починається період розпалу

Період розпалу: гіпотонія м'язів, сплюснення потилиці (краніотабес), характерна наявність лобних („олімпійський лоб”) і тім'яних горбів („квадратна голова”). Деформації грудної клітки – „груди швеця” і „курчячий кіль” , „чотки” – потовщення в місці реберно-хрящових зчленувань. В місцях

прикріплення діафрагми утворюється „гарисонова борозна”. Скривлення хребта – патологічні кіфоз, лордоз.

З боку довгих кісток – „браслети”, „низки перлів”. Коли дитина починає ходити – Х-подібні та О-подібні викривлення нижніх кінцівок. Тазові кістки деформуються. М’язова система погано розвинена.

Живіт великий, плаский (жаб’ячий).

Період реконвалесценції: характеризується зворотним розвитком симптомів, поліпшенням загального стану, позитивною динамікою біохімічних показників.

Залишкові явища : спостерігаються після 2-3 років тільки у дітей , які перенесли середню і тяжку форму рахіту.

Мати дитини 6 місяців скаржиться фельдшеру ФАПу , що дитина неспокійна, погано спить, пітніє.

При об’єктивному обстеженні: виражені лобні та тім’яні горби, велике тім’ячко 3-4см, краї його потовщені.

На ребрах “чотки”, виражена м’язова гіпотонія, дитина погано спирається на ніжки.

Про що свідчать дані симптоми?

- A Рахіт
- B Ексудативно-катаральний діатез
- C Гіпотрофія
- D Диспепсія
- E Гіпокальціємічний синдром

Діагностика

на підставі клінічних ознак, даних рентгенограм кісток, аналізу крові на вміст Са і Р.

Зниження вмісту загального кальцію, неорганічного фосфору, підвищення активності лужної фосфатази у сироватці крові.

Лікування – усунення головних симптомів захворювання з боку кісткової, нервової та інших систем організму дитини, нормалізація показників фосфорно-кальцієвого обміну.

Неспецифічне – раціональне вигодовування препаратів Са - хлорид, глюконат

вітамінотерапія – аскорбінова кислота, вітаміни групи В,

цитратна суміш

лікувальна гімнастика і масаж

Специфічне - загальне УФО

Вітамін Д – відехол 0,125% олійний розчин холекальциферолу (Д3)

Відеїн – таблетований водорозчинний вітамін Д2 в комплексі з білком казеїном

Ергокальциферол – 0,125% олійний розчин віт Д2

0,5% спиртовий розчин вітД2

Водний розчин віт Д3 - Аквадетрим

Рахіт (профілактика): Антенатальна неспецифічна проводиться усім вагітним – дотримання режиму дня, прогулянки, раціональне харчування

Антенатальна специфічна – тільки за 2 останніх місяця вагітності, якщо вони припадають на осінь та зиму (УФО або вітамін Д)

Постнатальна неспецифічна – прогулянки, масаж, режим дня, природне вигодовування, використання цитратної суміші.

Постнатальна специфічна - проводиться здоровим дітям першого року життя, починаючи з 1 – 1,5 міс, у недоношених – з 2-3 тижнів (виключаючи літні місяці). УФО, олійний розчин вітаміну Д2 або Д3. Спиртовий розчин для профілактики не застосовується.

Протипоказане одночасне використання УФО і препаратів вітаміну Д

Спазмофілія (гіпокальціємічний синдром, тетанія

захворювання, яке характеризується схильністю дітей віком перших 6 – 18 міс життя до судом і спастичних станів, патогенетично пов'язаних з рахітом. Спостерігається частіше у хлопчиків, захворювання дає прояви рано навесні, з підвищенням інсоляції.

Спазмофілія виникає у разі гіпокальціємії, яка розвивається на тлі електролітного дисбалансу і алкалозу. Цьому сприяє швидке збільшення активного вітаміну Д у крові, в таких випадках:

1. Тривала експозиція сонячного опромінення великих ділянок шкіри навесні, коли УФ – промені справляють дуже сильну дію.

2. Зниження всмоктування кальцію в кишках.

3. Збільшення виділення кальцію з сечею

4. Порушення функції паращитовідних залоз призводить до гіпокальціємії

Класифікація

1. Явна (маніфестна) форма

а) ларингоспазм

б) карпопедальний спазм

в) еклампсія

2. Латентна (прихована) форма

Явна спазмофілія:

Ларингоспазм – спазм голосової щілини. Він виникає гостро, нападаподібно. Легкий спазм - неповне закриття голосової щілини. Спостерігається блідість шкіри, утруднення вдиху, він стає гучним або хриплим, дихання шумне. Повне закриття голосової щілини характеризується розвитком ціанозу, екзофтальму. Дитина лякається, вкривається липким потом, на короткий час непритомніє, зупиняється дихання. Далі за повним спазмом голосової щілини настає гучний вдих – „півнячий крик”. Триває напад від кількох секунд до 1-2 хвилин. Може продовжуватись протягом доби.

Карпопедальний спазм - тонічне скорочення м'язів кистей і стоп. Під час нападу кінцівки зігнуті у великих суглобах, плечі притиснуті до тулуба, кисті опущені, пальці стиснуті в кулак („рука акушера”). Карпопедальний спазм може продовжуватися декілька хвилин, годин або діб. Можливі також спазми інших груп м'язів.

Еклампсія – загальний напад клоніко–тонічних судом із непритомністю. У разі легкого перебігу напад обмежується заціпенінням, загальмованістю, посіпуванням м'язів обличчя, кінцівок, блідістю дитини. Важкий напад починається з посіпування мимічних м'язів обличчя, далі приєднуються судоми кінцівок, ригідність м'язів потилиці, розлади дихання, загальний ціаноз. Дитина непритомніє, з'являється піна на губах, мимовільне сечовиділення та дефекація. Може виникнути зупинка серця та дихання.

Латентна спазмофілія характеризується підвищеною збудливістю дитини і чіткими симптомами:

Симптом Хвостека - у разі легкого постукування пальцем по щоці у ділянці підочної (іклової) ямки (між виличною дугою і кутом рота – fossa canina) виникає скорочення м'язів обличчя на відповідному боці.

Симптом Труссо - після стискання судинно – нервового пучка плеча

через 3-5 хвилин виникає тетанія кисті („рука акушера”).

Симптом Люста – згинання стопи і відведення її вбік під час постукування у місці виходу малогомілкового нерва біля голівки малогомілкової кістки.

Лікування явних форм спрямовують на створення „голодного ацидозу” (водно – чайна дієта на 8–12 годин). Харчування переважно вуглеводне (декілька днів), показане різке обмеження коров’ячого молока (багато фосфатів). Призначають протисудомну терапію, в/в введення препаратів Са, броміди, вітамінотерапія. Після насичення організму кальцієм (2-3 дні) на тлі його подальшого приймання і отримання вітамінів (ретинолу, групи В, токоферолу), проводять протирахітичне лікування.

Аномалії конституції (діатез)

стан нестійкої рівноваги між організмом дитини і зовнішнім середовищем, який характеризується неадекватними відповідями на звичайні впливи, розвитком патологічних реакцій і визначає тяжкий перебіг інших захворювань.

Виділяють 3 форми діатезів:

Ексудативно-катаральний

Нервово-артритичний

Лімфатико – гіпопластичний

Питання для самоконтролю:

Ознайомлення з основними симптомами гіповітамінозів у дітей, з принципами їх лікування та профілактики.

Вивчення етіології, симптоматики рахіту. Специфічне і неспецифічне лікування рахіту. Догляд за дитиною. Значення специфічної і неспецифічної профілактики рахіту.

Поняття про гіпервітаміноз.

Гіпокальціємічний синдром у дітей раннього віку. Латентна і явні (маніфестні) форми спазмофілії. Надання невідкладної допомоги при ларингоспазмі та еклампсії. Диспансерний нагляд. Особливості харчування.

Характеристика різних форм аномалії конституції. Загальне уявлення про клінічні форми діатезу: ексудативно-катаральний, алергійний, лімфатико-гіпопластичний, нервово-артритичний.

Поняття про етіологію, патогенез, клінічні прояви різних форм аномалії конституції, особливості діагностики, методи лікування хворих. Догляд: особливості антиалергійної дієти, ведення харчового щоденника, проведення

лікувальних ванн, застосування мішанок, мазей. Знання профілактики (антенатальної та постнатальної) захворювання. Диспансерний облік. Особливості імунізації.

Надання невідкладної допомоги при гострих алергійних станах (кропив'янка, набряк Квінке, анафілактичний шок).

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

План лекційного заняття № 1 2.4

Тема:

Гострі розлади травлення у дітей раннього віку
Хронічні розлади травлення. Гіпотрофія. Паратрофія

Мета:

Актуалізуйте теоретичні знання з анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, зокрема ШКТ, вплив цих особливостей на розвиток патології в різні вікові періоди, особливо у ранньому віці, необхідність індивідуального підходу до кожної дитини .

Набудьте змогу обстежити, правильно та об'єктивно оцінити стан дитини, надати долікарську медичну допомогу, виконувати складні медичні маніпуляції з діагностичною і лікувальною метою, проводити лікувально-профілактичні заходи, знати основи охорони праці та охорону праці в педіатрії.

Навчальна:

— Ознайомтесь із сучасними методами обстеження органів і систем, зокрема

ШКТ, надання необхідних лікувально-профілактичних заходів згідно сучасних протоколів.

Виховна:

Набудьте здатності до таких якостей: дисциплінованість, спостережливість, співчуття, чуйність, милосердя і головне — високу відповідальність за кожну дію медичного працівника.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні компетентності:

СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 8. Здатність до використання інформаційного простору та сучасних цифрових технологій в професійній медичній діяльності.

СК. 12. Здатність до безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (освіта впродовж життя).

Результати навчання:

Набути здатності до виконання професійних компетентностей

Методи: мультимедійна презентація лекції

Дидактичні засоби навчання: полілог, вибірковий контроль на засвоєння викладеної теми.

Література:

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

-
Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. /
Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:

Інтернет-сайти. Веб-ресурси

Структура заняття

- 1. Організаційна частина заняття**
- 2. Повідомлення теми, мети та основних завдань заняття**
- 3. Актуалізація опорних знань здобувачів освіти і контроль вихідного рівня знань**
- 4. Мотивація навчальної діяльності здобувача освіти**
- 5. Усвідомлення нових знань (вивчення нового матеріалу або засвоєння нових знань)**
- 6. Узагальнення та систематизація вивченого матеріалу**
- 7. Підведення підсумків заняття**

Викладач: Олена НЕЖУРА

План лекції:

1. Проста диспепсія.
2. Токсична диспепсія.
3. Пілороспазм. Пілоростеноз

4. Дистрофії

1. Гострі розлади травлення – функціональні порушення, які характеризуються блюванням і рідкими частими випорожненнями.

До гострих розладів травлення належать проста, парентеральна, токсична диспепсія.

Проста диспепсія - гострий розлад травлення функціонального характеру, головними ознаками якого є блювання і рідкі випорожнення без значного порушення загального стану дитини.

Причини виникнення:

- перегодовування дитини,
- переважання одного з інгредієнтів їжі (білків, жирів, вуглеводів),
- неадаптована їжа (рано введений прикорм),
- швидкий перехід до нового виду їжі (скорочення періоду адаптації під час введення соків, прикормів)
часте прикладання дитини до грудей матері, відсутність нічної перерви в годуванні,
- перегрівання дитини,
- порушення у приготуванні молочних сумішей, санітарних умов їх зберігання.

Клінічні прояви:

- блювання 1-2 рази на добу відразу після їжі або через 15-20 хв,
- зригування,

-
- зниження апетиту,
- часті випорожнення 5-7 разів на добу,
- у випорожненнях невелика кількість слизу, неперетравлена їжа у вигляді білих і жовтих скупчень,
- температура тіла нормальна, іноді субфебрильна,
- періодично дитина буває неспокійною, плаче (кишкова колька),
- живіт помірно здутий, під час пальпації м'який, визначається скупчення газів у кишках,
- язик обкладений білим нальотом,
- може порушуватися сон.

Лікування

- дотримання водно-чайної дієти протягом 6 – 8 годин,
- розрахувати загальну кількість рідини разом з їжею, вона повинна дорівнювати 150 мл на кг маси тіла, поїти дитину кожні 15 хв рідиною по 10-15 мл,
- призначити питво,
- після водно- чайної паузи перейти на дозоване годування: омолоджуюча дієта, годують дітей кожні 2 години, зменшується разова кількість їжі,
- до 7 дня – повний об'єм їжі, якщо всі клінічні прояви диспепсії ліквідовано.
- ферментотерапія (соляна кислота з пепсином, панкреатин)

- вітамінотерапія (тіамин, піридоксин, рибофлавін, нікотинова кислота, аскорбінова кислота)

2.Токсична диспепсія – гострий розлад травлення з явищами загальної інтоксикації, порушенням водно – мінерального обміну, різкими змінами інших видів обміну, що призводить до розвитку ацидозу, патологічних змін внутрішніх органів і систем.

Причини виникнення :

Головним чинником є інфекція, яка потрапляє з їжею, через соски, предмети догляду у разі порушення гігієнічних вимог.

Клінічні прояви:

Клінічні прояви характеризуються синдромами:

Ентероколітний синдром:

- початок захворювання гострий, температура тіла підвищується до 38* - 39* С і порушується загальний стан ,
- зригування, блювання до 10 разів і більше на добу, не залежить від прийомів їжі і рідини, рідкі випорожнення до 15-20 разів і більше на добу з малою кількістю калових мас, з патологічними домішками (слиз, неперетравлена їжа, зелень),
- скупчення газів у травному тракті призводять до метеоризму, гази самотійно не відходять,
- розвивається кишкова колька, дитина кричить, підтягує ніжки до живота,

-
- з подальшим розвитком симптомів блювання стає неперервним, випорожнення водянисті зі слизом.

Синдром токсикозу:

- в перші години захворювання змінюється поведінка дитини, її загальний вигляд : з'являються неспокій, блідість шкірних покривів, зниження тургору тканин, западають очі,
- шкіра бліда із сіро - землистим відтінком,
- на тлі загального гальмування кори головного мозку виникають симптоми збудження підкоркових центрів, стереотипні рухи пальців рук, жувальних м'язів, рух очних яблук,
- рефлекси знижені, іноді зникають, відсутня больова реакція на ін'єкції,
- спостерігаються клоніко - тонічні судоми,
- симптоми порушення серцево – судинної системи: тахікардія, слабкість тонів серця, слабкість пульсу, ціаноз кінцівок, кінчика носа, кінцівки холодні, артеріальний тиск спочатку підвищується, а потім різко знижується,
- дихання токсичне, часте – 60 – 80 за хв, поверхнєве, без пауз,
- печінка збільшується, під час пальпації її виникає біль, чим більше розмір печінки, то тяжчий токсикоз, різний ступінь порушення функції нирок, олігурія може перейти в анурію.

Синдром ексикозу:

- очі і велике тім'ячко западають,
- риси обличчя загострюються,

-
- язик сухий з білим нальотом,
- слизова оболонка порожнини рота різко гіперемована, суха,
- склери сухі, рогівка мутна,
- тургор тканин значно знижений,
- складка шкіри на животі збирається і не розправляється, що свідчить про втрату еластичності шкіри,
- з розвитком ексикозу сечі стає мало, кількість сечовиділень зменшується,
- втрата маси тіла за добу до 500 – 1000 г.

Ступені тяжкості токсикозу за стадіями розвитку

1 стадія – порушення водного балансу:

- випорожнення водянисті, у великій кількості,
- блювання, метеоризм,
- втрата маси тіла,
- психомоторне збудження

2 стадія – виражена дегідратація:

-
- знижений тургор тканин,
- сіро - землистий колір шкіри,
- порушення свідомості, судоми,
- зниження АТ,
- зміщення меж серця і емфізема легенів,
- збільшення печінки

3 стадія – виражений ацидоз:

- повна непритомність,
- дихання Кусмауля, некоординовані рухи кінцівок,
- олігурія, альбумінурія, ацетонурия, глюкозурия,
- великий розмір печінки, вона болісна під час пальпації.

4 стадія – термінальна

Лікування

Госпіталізація дитини в інфекційне відділення та лікування в стаціонарних умовах.

Водно – чайна пауза протягом 12 годин.

-
Промити шлунок 1 – 2 % розчином гідрокарбонату натрію або чаєм, ізотонічним розчином натрію хлориду.

Поставити очисну клізму, після неї – лікувальну (з антибактеріальними препаратами).

Після промивання шлунка через зонд ввести в шлунок разову дозу антибіотика (поліміксин М).

Розрахувати необхідний об'єм рідини (150-170 мл на кг маси тіла дитини).

Відновлення водно-електролітного обміну в залежності від втраченої маси (ступеня ексикозу).

Якщо дитина втратила до 5% маси – 1 ступень - необхідно 150 – 170 мл/кг, Якщо дитина втратила до 10% маси – 2 ступень – необхідно 180 – 200 мл/кг,

Якщо дитина втратила 10% і більше – 3 ступень – необхідно 220 мл/кг.

Пероральне введення рідини кожні 10 хв по 5-10 мл..

Інфузійна терапія.

Після водно - чайної паузи - дозоване годування.

Антибіотикотерапія (перорально – поліміксин М сульфат 100 000 ОД на кг маси тіла, цефалоспоріни в/м або в/в).

Для лікування дисбактеріозу – біопрепарати лінекс, лактобактерін, біфідумбактерін, краплі „Хілак”.

Вітамінотерапія.

-

3.Пілороспазм – розвивається в зв'язку з спазмами м'язів воротаря.

Клініка

Характерно з'явлення з моменту народження зригувань і блювання, які можуть бути нерегулярними, їжа викидається невеликими порціями, іноді з домішками жовчи. Загальний стан дитини не змінюється, маса тіла не збільшується, відмічається схильність до закрепів

Лікування

Зменшують кількість молока на одне годування і збільшують частоту годувань. З метою зняття спазму воротаря призначають атропін, аміназин в краплях перорально за 20-30 хвилин до їжі. Гірчичники на ділянку шлунка (перед годуванням).

Пілоростеноз – вада розвитку, коли через потовщення м'язового шару воротаря і звуження просвіту значно утруднюється проходження їжі з шлунка в кишки.

Витяг з наказу МОЗ України № 88 від 30.03.2004р.

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ПІЛОРОСТЕНОЗУ

КЛІНІЧНА КАРТИНА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ:

- блювання "фонтаном" без домішків жовчі

-
- початок захворювання на 2 - 3 тижні життя
- зниження маси тіла
- гіпотрофія
- зменшення кількості сечі
- закріплений стілець
- "голодний" вираз обличчя

Терапія на догоспітальному етапі:

- антиспастична протягом 1 - 2 діб (атропінізація, електрофорез з но-шпою або папаверином на область шлунка),
- корекція харчування (розрахунок вікової норми, підбір суміші),
- підвищене положення дитини у ліжку.

При неефективності консервативного лікування - направлення у відділення дитячої хірургії з метою дообстеження, проведення диференціальної діагностики, встановлення діагнозу, визначення лікувальної тактики.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ НА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ:

- наявність типових клінічних симптомів пілоростенозу, вказаних вище, - наявність симптому "пісочних годинників"

- при пальпації живота можливість виявлення щільного рухливого пілоруса над пупком і справа від нього

Додатковим діагностичним заходом у сумнівних випадках є рентгенологічне дослідження ШКТ. Для пілоростенозу характерні наступні рентгенологічні симптоми: збільшення шлунка, уповільнення евакуації контрастної речовини із шлунка від 2 до 5 годин, звуження воротаря шлунка у правому косому положенні з утворенням "симптому дзьоба", зменшення вмісту газів у кішківнику, затримка контрастної речовини у шлунка до 24 год.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ:

пілороміотомія за Фреде-Рамштедтом; пропонується поперечна лапаротомія у правому верхньому квадранті живота.

ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ:

здійснюється педіатром і хірургом за місцем проживання протягом 6 місяців.

4. Дистрофії – хронічний розлад травлення і трофіки тканин з порушенням обміну речовин

Виділяють такі типи дистрофій:

-
Гіпотрофія – зниження маси тіла відносно довжини тіла.

Гіпостатура – пропорційне зменшення маси і довжини тіла.

Паратрофія – а) перевага маси тіла над зростом.

б) рівномірно надлишкові маса тіла і зріст.

Наказ МО З України № 9 від 10.09.2005 р.

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З НЕДОСТАТНІСТЮ ХАРЧУВАННЯ

(Гіпотрофія: пренатальна, постнатальна)

Білково-енергетична недостатність (гіпотрофія пренатальна, постнатальна) - недостатнє живлення дитини, яке характеризується зупинкою або сповільненням збільшення маси тіла, прогресуючим зниженням підшкірної основи, порушенням пропорцій тіла, функції травлення, обміну речовин, послабленням специфічних, неспецифічних захисних сил і астенізації організму, схильності до розвитку інших захворювань, затримкою фізичного і нервово-психічного розвитку.

Класифікація:

Гіпотрофія I ступеня - дефіцит ваги 11 - 20 %

Гіпотрофія II ступеня - дефіцит ваги 21 - 30 %

Гіпотрофія III ступеня

- дефіцит ваги більше 30 %

Критерії діагностики

1. Основні клінічні критерії

- Оцінка фізичного статусу (відповідність до вікових стандартів ваги, зросту тощо)
- Оцінка соматичного та емоційного стану (жвавість, реакція на оточуюче, захворюваність тощо)
- Оцінка шкірних покривів (блідість, сухість, наявність висипки тощо)
- Оцінка стану слизових оболонок (наявність афт, молочниці тощо)
- Оцінка тургору тканин (знижений)
- Оцінка підшкірного жирового шару (зменшений або відсутній):
 - при гіпотрофії I ступеня - зменшення на животі
 - при гіпотрофії II ступеня - зменшення на животі, тулубі та кінцівках
 - при гіпотрофії III ступеня - зменшення на обличчі, животі, тулубі та кінцівках
- Щотижневий або щодакдний контроль збільшення маси тіла
- Контроль і аналіз фактичного харчування один раз на 7 - 10 днів
- Розрахунок харчування провадиться

-
- при гіпотрофії I ступеня - на належну вагу
- при гіпотрофії II ступеня - білків та вуглеводів на належну вагу, а жиру тільки на фактичну вагу
- при гіпотрофії III ступеня - білків та вуглеводів на приблизно належну вагу (фактична вага + 20 % від неї), а жиру тільки на фактичну вагу

Основні принципи лікування:

Залежать від ступеня порушення живлення та наявності ускладнення чи супутніх станів

Мета лікування

1. Виявлення та усунення причин розладів живлення
 2. Ліквідувати симптоми гіпотрофії і забезпечити процеси репарації
 3. Забезпечити раціональне, адекватне харчування
 4. Попередити розвиток ускладнень
- при гіпотрофії I ступеня лікування проводиться амбулаторно раціональне харчування відповідно віку, вітаміни, ферментні препарати (курсом 1 міс.), пробіотики та пребіотики, масаж;
 - при гіпотрофії II та гіпотрофії III ступеня лікування проводиться в умовах стаціонару:
 - парентеральне харчування (за показаннями - розчини амінокислот, жирові емульсії)

-
- дієтотерапія із застосуванням спеціалізованих лікувальних молочних та безмолочних сумішей, лікувальних продуктів на основі ізоляту соєвого білку, гідролізату білків тощо
- застосування харчових добавок: білки та амінокислоти (метіонін, аргініна аспартат), вітаміни та вітаміноподібні препарати, макро- та мікроелементи
- корекція дисбіозу (пробіотики - Симбітер, біфідумбактерін, лактобактерін тощо)
- фізіотерапія (електрофорез, парафін на обл. живота)
- масаж загальний

5. Патогенетичне лікування ускладнень (бронхіт, пневмонія, ентероколіт тощо) згідно з відповідним протоколом

Тривалість стаціонарного лікування у середньому - 28 - 30 днів

Диспансерний нагляд

З обліку знімають через 6 - 8 тижнів після досягнення фізичного та нервово-психічного розвитку згідно з віком дитини

Паратрофія .

Розвивається на тлі перегодування грудним молоком, адаптованими сумішами, однобічного вуглеводного годування з надмірною кількістю в раціоні каш.

- зниження активності дитини, адинамія, млявість, гіпотонія,
- шкіра бліда, пастозна, еластичність знижена,

- тургор тканин знижений на тлі доброго розвитку підшкірної жирової клітковини,

- клітковина розподілена нерівномірно-більше виражена на животі та стегнах,

- порушення білкового, водно – сольового, вітамінного обміну, зсув рН крові в бік ацидозу,

- часті захворювання на ГРВІ, отит, пневмонію, інфекції сечовивідних шляхів,

- толерантність до їжі знижена,

- випорожнення рідкі, піняться, мають кислий запах.

Лікування

Лікування ґрунтується на нормалізації вигодовування дитини. До діти вводять овочеві страви, їжу збагачують білками, вітамінами. Обмежують кількість вуглеводів. Показаними є масаж, гімнастика, прогулянки, загартовування, стимулююча терапія (метилурацил, дибазол, елеутерокок), введення ретинолу, піридоксину, ціанокобаламіну, кальцію пангамату і пантотенату, фолієвої кислоти.

План лекційного заняття № 2 2.4

Тема: Захворювання органів травлення в дітей старшого віку. Гострий гастрит. Хронічний гастрит. Виразкова хвороба. Дуоденіт

Мета:

Актуалізуйте теоретичні знання з анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, зокрема ШКТ, вплив цих особливостей на розвиток патології в різні вікові періоди, особливо у старшому віці, необхідність індивідуального підходу до кожної дитини .

Набудьте змогу обстежити, правильно та об'єктивно оцінити стан дитини, надати долікарську медичну допомогу, виконувати складні медичні маніпуляції з діагностичною і лікувальною метою, проводити лікувально-профілактичні заходи, знати основи охорони праці та охорону праці в педіатрії.

Навчальна:

- Ознайомтесь із сучасними методами обстеження органів і систем, зокрема ШКТ, надання необхідних лікувально-профілактичних заходів згідно сучасних протоколів.

Виховна:

Набудьте здатності до таких якостей: дисциплінованість, спостережливість, співчуття, чуйність, милосердя і головне — високу відповідальність за кожну дію медичного працівника.

Загальні компетентності:

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні компетентності:

СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 8. Здатність до використання інформаційного простору та сучасних цифрових технологій в професійній медичній діяльності.

СК. 12. Здатність до безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (освіта впродовж життя).

Результати навчання:

Набути здатності до виконання професійних компетентностей

Методи: мультимедійна презентація лекції

Дидактичні засоби навчання: полілог, вибірковий контроль на засвоєння викладеної теми.

Література:

-

Основна, Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / За ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. — К.: Медицина, 2011. — 552 с.

Додаткова Практикум з педіатрії в модулях: навч. посіб. / Н.О. Курдюмова, Т.Г. Поліщук. — К.: Медицина, 2011. — 160 с.

Інформаційні ресурси:
Інтернет-сайти. Веб-ресурси

Структура заняття

1. Організаційна частина заняття
2. Повідомлення теми, мети та основних завдань заняття
3. Актуалізація опорних знань здобувачів освіти і контроль вихідного рівня знань
4. Мотивація навчальної діяльності здобувача освіти
5. Усвідомлення нових знань (вивчення нового матеріалу або засвоєння нових знань)
6. Узагальнення та систематизація вивченого матеріалу
7. Підведення підсумків заняття

Викладач: Олена НЕЖУРА

Місце захворювань органів травлення в патології дітей старшого віку. Значення порушення режиму харчування, спадковості у виникненні захворювань.

Загальні уявлення про етіологію, клінічні прояви, діагностику, лікування гастритів, виразкової хвороби шлунка, дуоденіту. Особливості клінічних проявів у дітей. Диспансерний нагляд. Профілактика. Догляд за дітьми, підготовка до інструментальних методів дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки.

1. *Гострий і хронічний гастрит*
2. *Гастроентерит. Виразкова хвороба шлунку*
3. *Стоматити*
4. *Гельмінтози*

Гострий гастрит – гостре запалення слизової оболонки шлунка.

-
Зустрічається у дітей старшого віку, сприяють : вживання гострої грубої їжі, отруєння, недотримання режиму харчування.

Початок гострий, через кілька годин після приймання їжі виникає відчуття важкості в надчеревній ямці, нудота , блювання, біль у животі. Слабкість, млявість, язик сухий з білувато - сірим нальотом. Апетит знижений, випорожнення нестійкі , температура тіла субфебрильна.

Лікування - як при отруєнні.

Витяг з наказу № 438 від 26.05.2010

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ

Хронічний гастрит (ХГ) – хронічне рецидивуюче захворювання СОШ запального характеру, яке охоплює також і підслизовий шар шлунку, супроводжується клітинною інфільтрацією, порушенням фізіологічної регенерації, із схильністю до прогресування та поступового розвитку атрофії залозистого апарату, розладами секреторної, моторної та інкреторної функцій шлунка.

Критерії діагностики:

Клінічні критерії:

Клінічні критерії ХГ базуються на аналізі скарг та оцінці основних проявів хвороби – больового абдомінального, диспептичного, неспецифічної інтоксикації.

Хронічний гастрит (період загострення)

З підвищеною (або нормальною) секрецією соляної кислоти	Із зниженою секрецією соляної кислоти
---	---------------------------------------

<p>1. Найбільш частий клінічний варіант:</p> <p><input type="checkbox"/> виразковоподібна форма.</p> <p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Больовий синдром: болі в животі, пов'язані з їжею; часто виникають натщесерце; ранні болі (характерні для фундального гастриту); пізні болі (характерні для антрального гастриту); 	<p>1. Найбільш частий клінічний варіант:</p> <p><input type="checkbox"/> відсутня виразна типова клініка.</p> <p>1. Больовий синдром слабовиражений:</p> <p><input type="checkbox"/> ниючі болі в епігастрії, найчастіше після їжі;</p>
<p><input type="checkbox"/> болі у нічний час.</p> <p>Відсутній чіткий зв'язок з порою року, порушенням дієти. Больовий синдром інтенсивний і тривалий.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • характерне відчуття тиску та переповнення у верхній частині живота; • болі виникають і посилюються в залежності від якості та об'єму їжі.
<p>1. Диспептичний синдром: найбільш</p>	

характерні:

- кисла відрижка;
- відрижка повітрям;
- печія;
- нудота;
- схильність до запору.

4. Синдром неспецифічної інтоксикації:

різний ступінь вираженості.

5. Пальпаторно: чітка помірна болючість в епігастрії, пілородуоденальній зоні.

1. Диспептичний синдром (переважає над больовим –55-60 %) найбільш характерні:

- відрижка їжею;
- нудота;
- відчуття гіркоти у роті;
- зниження апетиту;
- метеоризм;
- нестійкий характер випорожнення.

1. Синдром неспецифічної інтоксикації:

- значно виражений,
- переважає астения.

5. Пальпаторно: незначна болючість в епігастрії, найчастіше поширена, в проекції больових точок інших органів травлення.

Лабораторно-інструментальні дослідження: - ЕГДС (езофагогастродуоденоскопія) для морфологічного підтвердження ХГ та наявності інфекції *Helicobacter pylori* (гістологія або швидкий уреазний тест) (одноразово).

- Визначення кислотності шлункового соку фракційним методом:

- Визначення інфекції *Helicobacter pylori* одним із методів – бактеріологічний, дихальний уреазний, серологічний (ІФА).

-
- УЗД органів черевної порожнини для визначення біліарної та панкреатичної патології (одноразово). Загальний аналіз крові та сечі (одноразово)

Протеїнограма (одноразово).

Копрограма, аналіз кала на скриті кров (реакція Грегерсена)

Аналіз калу на яйця глистів (тричі).

Основні принципи лікування

При загостренні:

Вирішення питання про умови лікування (стаціонар чи амбулаторно).

Вибір рухового режиму, використання ЛФК.

Вибір режиму і характеру харчування, призначення дієтичного харчування (стіл №1,2,5).

Індивідуалізоване призначення комплексного лікування (з урахуванням етіології, основних патогенетичних механізмів, домінуючого синдрому).

При ХГ, асоційованих з НР, призначення ерадикаційної терапії проводиться за однією з загальноприйнятих схем – потрійна чи квадротерапія .

-

Варіанти потрійної терапії (курс лікування 7 днів).

Де-нол - Кларитроміцин - Амоксицилін (флемоксин) .

Де-нол - Метронідазол - Амоксицилін (флемоксин) .

Через 4 тижні після проведеного лікування повинен бути проведений контроль за ерадикацією *Helicobacter pylori* за допомогою дихального тесту .

При відсутності ерадикації *Helicobacter pylori* використовується друга лінія лікування.

Для дітей до 12 років:

Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін або кларитроміцин + ніфурател

Колоїдний субцитрат вісмуту + амоксицилін / кларитроміцин +ранітидин.

Дітям після 12 років:

Омепразол + амоксицилін або кларитроміцин + ніфурател.

Омепразол + амоксицилін / кларитроміцин + колоїдний субцитрат вісмуту.

Квадротерапія (курс лікування 7 днів).

-
Де-нол - Амоксицилін (флемоксин) - Кларитроміцин (клацид)
Метронідазол
Дітям після 12 років:

колоїдний субцитрат вісмуту + омепразол + амоксицилін або
кларитроміцин + ніфурател

При гіперацидному гастриті показано призначення антисекреторних препаратів (M_1 – холінолітик гастроцепін або блокатори H_2 – рецепторів гістаміну) з наступним використанням в якості базисного засобу одного з препаратів групи комплексних антацидів (Смекта, Маалокс, Фосфалюгель та інші).

При гіпоацидному гастриті призначають стимулятори шлункової секреції (плантаглюцид, ацидін-пепсін).

Незалежно від рівня кислотопродукції призначається альтан, який виявляє репаративну протизапальну та антимікробну дію, цитопротектори - для відновлення співвідношення між факторами агресії та захисту оболонки шлунку (смекта, сукральфат, ліквірітон).

При порушеннях моторної функції шлунка рекомендується застосування прокінетиків – Мотіліум.

При спазмах та вираженому больовому синдромі призначаються спазмолітики (Но-шпа, Галідор) або M_2 – холінолітик (Метацін).

Для поліпшення трофіки СОШ показано застосування репаративів (Спіруліна, облепихова олія, метилурацил та інші), полівітамінних препаратів .

У стадії клінічної ремісії - фітотерапія, бальнеотерапія, ЛФК.

-
Диспансерний нагляд проводиться на протязі 3-х років від останнього загострення, кратність ендоскопічного дослідження – один раз на рік.

Немедикаментозне лікування (психотерапія, фітотерапія, фізіопроцедури, бальнеолікування, ЛФК). Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії ХГ в санаторіях гастроентерологічного профілю (зазвичай через 23 місяці після стаціонарного лікування).

Витяг з наказу МОЗ України № 242 від 12.05.2008 р.

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ.

Хронічний гастродуоденіт – хронічне рецидивуюче захворювання запального характеру, яке супроводжується неспецифічною структурною перебудовою слизової оболонки та залозистого апарату шлунка та дванадцятипалої кишки (дистрофічні, запальні та дисрегенераторні зміни), розладом секреторної, моторної і, нерідко, інкреторної функції шлунку та ДПК.

Найбільш поширена форма у дітей – хронічний ГД. В структурі хвороб шлунка та ДПК він складає 58-74%.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус. Основні клінічні синдроми: больовий, диспептичний, неспецифічної інтоксикації, залежать від фази захворювання і секреторної функції шлунку.

-

Клінічні симптоми подібні до проявів виразкової хвороби, але відсутня чітка періодичність больового синдрому, нічний біль буває нечасто. Найчастіше одночасно має місце симптоматика супутньої патології (гепатобіліарна система, кишечник, підшлункова залоза).

Найбільш характерно:

< >болі в животі – ниючі, тривалі, виникають вранці натщесерце та через 1,5-2 години після їжі; часто (до 40%) має місце гострий, нападopodobний, але нетривалий характер болю, що локалізується в епігастрії (98-100%), в правому підребер'ї (60%), навколо пупка (45%). Біль посилюється після їжі та фізичного навантаження. При ерозивному ХГД поєднуються голодні, нічні та пізні болі; диспептичні прояви: часто відрижка, тривала нудота, відчуття гіркоти у роті, метеоризм, запори, чи нестійкий стул; синдром неспецифічної інтоксикації: емоціональна лабільність, частий головний біль, дратливість, слабкість; пальпаторно: розлита болючість в епігастрії, пілородуоденальній зоні; при ерозіях – можливе локальне напруження м'язів; сезонність загострень 35-40%. **Витяг з наказу МОЗ України № 242 від 12.05.2008 р.**

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКИ ДВАНА ДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА

ВИРАЗКИ ШЛУНКУ У ДІТЕЙ

Виразкова хвороба (ВХ) – поліетіологічне захворювання, яке характеризується формуванням виразкового дефекту у шлунку та дванадцятипалій кишці (ДПК), схильне до прогресування, із залученням до патологічного процесу інших органів травлення, з можливим розвитком ускладнень. Формування хвороби обумовлено порушенням рівноваги між факторами “агресії” та “захисту” слизової оболонки органів гастродуоденальної зони, завжди з переважанням “агресивних” компонентів (інфекція *H. pylori*, кислотна агресія).

-
Пік захворюваності припадає на 9-11 років у дівчат і на 12-14 років у хлопчиків.

Спадкова схильність при виразковій хворобі має місце у 45-75% хворих.

Клінічні критерії (залежать від стадії і локалізації виразкового дефекту):

Виразка ДПК

Період загострення:

а) I стадія – гостра виразка

Ведучий симптом – біль: епігастрій, пілородуоденальна зона; натщесерце або пізні болі (через 2-3 години після їжі); переважно нічні болі; мойнігановський ритм: голод→біль→прийом їжі→полегшення; у вигляді нападу або ниючі; часто ірадіація у спину, у поперек.

Диспептичний синдром: печія (ведучий симптом); нудота;

кисла відрижка; блювання.

Синдром неспецифічної інтоксикації:

головний біль; зниження працездатності; підвищена втомлюваність.

Вегетативні розлади:

емоціональна лабільність; пітливість.

Пальпаторно:

-
виражена болючість у пілородуоденальній зоні; в епігастрії; наявність симптому Менделя (при перкусії кінчиками пальців стінки живота виникає біль); локальна напруга м'язів в больовій зоні;

б) II стадія –початок епітелізації: Біль зберігаються пізні болі, як правило, вдень; мойнігановський ритм менш виражений; болі, в основному, ниючого характеру; ірадіація болі зникає.

Диспептичні прояви:

зменшуються або практично зникають.

Пальпаторно: відсутня болючість при поверхневій пальпації;зберігається локальна напруга м'язів в больовій зоні.

в) III стадія – заживлення виразки: Біль періодичні пізні (через 2-3 години після їжі) болі та болі натщесерце; відчуття голоду, як еквівалент нічної болі.

Диспептичні прояви:

практично відсутні.

Пальпаторно: зберігається помірна болючість в гастродуоденальній зоні при глибокій пальпації.

Період ремісії

Скарги практично відсутні. Пальпація пілородуоденальної зони безболісна.

Виразка шлунка

Клінічні критерії (залежать від стадії і локалізації виразкового дефекту):
Біль - найчастіше ниюча; у верхній половині живота, за грудиною; зразу після їжі; рідко – нічні болі.

Диспептичні прояви: - нудота; відрижка; гіркота у роті; зниження апетиту до анорексії; метеоризм.

Пальпаторно: локальна болючість в епігастрії; нечасто – в пілородуоденальній зоні; ознаки локальної напруги м'язів.

Інструментальні дослідження та критерії діагностики:

- Дослідження шлункової секреції:
- Фіброезофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією проводиться з метою діагностики та через 3-4 тижні після початку курсу лікування. При необхідності – до повної епітелізації виразки.

Основні принципи лікування

Залежать від локалізації виразки (шлунок чи ДПК), фази захворювання, тяжкості перебігу, наявності ускладнень, зв'язку з *Helicobacter pylori*.

Фаза загострення :

При НР-асоційованій виразці шлунка та ДПК :

Стіл № 5а на протязі 5-7 днів, потім стіл №5 по Певзнеру.

Етіотропна терапія (мінімальна тривалість лікування 14 днів).

-

Тижнева потрійна терапія з препаратами вісмута

Де-Нол ;

Макроліди; кларитроміцин

Напівсинтетичні пеніциліни (амоксицилін);

Похідні імідазолу (метронідазол)

При відсутності успіху від призначення терапії першої лінії – наявність больового синдрому персистенції *H.pylori* показано призначення терапії другої лінії (квадротерапія).

Інгібітори протонної помпи;

Де-Нол ;

Макроліди; кларитроміцин

Напівсинтетичні пеніциліни; (амоксицилін);

Похідні імідазолу (метронідазол)

-
При неасоційованій з НР виразці шлунку та ДПК (Д):

Стіл № 5п на протязі 5-7 днів, потім – стіл №5.

Антисекреторні препарати: Н2-блокатори гістамінових рецепторів (4-6 тижнів) або антациди(4-6 тижнів).

3. Блокатори протонного насосу (у підлітків) – протягом 7-10 днів.

4. Незалежно від етіології виразки при наявності рефлюксів – прокінетики, спазмолітики (антихолінергічні засоби, гангліоблокатори).

5. Колоїдний субстрат вісмуту 120 мг 3 рази на день 2-4 тижні.

Початок епітелізації

До вищенаведеної терапії підключають:

1. Цитопротектори (Смекта, Гліцерам).

Заживлення виразки

1.Препарати, що мають репаративні властивості (Обліпихова олія, альтан).

2.Вітаміни за показанням.

-

У фазі заживлення виразки (нестійкі больовий та диспептичний синдроми) лікування може бути продовжено у поліклінічних умовах.

Критерії ефективності лікування: відсутність клініко-ендоскопічних проявів хвороби з негативним тестом на *H. Pylori*.

Ускладнення виразки шлунка та ДПК:

Кровотеча – кроваве блювання, дьогтеподібний стілець, бліді шкірні покрови, запаморочення, холодний піт, прискорення пульсу, падіння АТ;

Перфорація язви – гострий “кінжальний” біль, блювота, лице бліде, холодні кінцівки, змушене положення з приведеними до живота колінами, живіт втягнутий, черевна стінка напружена;

Стеноз – інтенсивні стійкі болі, відчуття переповненості після їжі, відрижка, блювота, яка приносить полегшення, зневоднення, зниження маси тіла;

Пенетрація в інші органи травлення – посилення больового синдрому, біль не пов’язаний з прийомом їжі, в зоні патологічного ураження виражена пальпаторно болючість, запальний інфільтрат, субфебрильна температура, лейкоцитоз, прискорена ШОЕ.

хірургічне лікування в спеціалізованому стаціонарі.

Афтозний стоматит :

підвищення температури тіла до 37-37,5*С, зниження апетиту, порушення сну, дратливість, відмова від їжі (болісність під час смоктання), збільшення підщелепних лімфовузлів, гіперемія та набряклість слизової оболонки ротової порожнини, болісність її, обкладений язик, сухість губ, поява тріщин у кутах рота. підвищення температури тіла до 39-40*С, зниження

-

апетиту, загальна слабкість, порушення сну, дратливість, збільшення підщелепних і шийних лімфовузлів, гіперемія та набряклість слизової оболонки ротової порожнини, поява афт – ерозій діаметром 1-5 мм, круглої або овальної форми, вкритих жовтувато-сірим нальотом, оточених червоним обідком, болісність під час жування, обкладений язик, сухість губ, тріщини в кутах рота. дуже важкий стан дитини, температура тіла 39-40*С і практично не знижується під дією жарознижувальних препаратів, відсутній апетит, дитина млява, в контакт з оточуючими вступає погано, гіперемія та набряклість слизової оболонки ротової порожнини, поява на змінній слизовій оболонці афт - ерозій діаметром 1-5 мм, круглої або овальної форми, вкритих жовтувато-сірим нальотом, оточених червоним обідком, поява на слизовій оболонці рота глибоких виразок, дно яких вкрито біло – сірим нальотом, болісність під час жування, обкладений язик, **Медикаментозний стоматит** виникає на 3 - 4 добу або після лікування антибіотиками. Він починається подібно до афтозного.

Витяг з наказу № 429

від 27.08.2004

**Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю
“дитяча терапевтична стоматологія”**

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ

Клінічна форма: хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

Діагностичні критерії:

Клінічні:

-
болісність у порожнині рота; регіонарний лімфаденіт; ерозія (афта) круглої або овальної форми оточена облямівкою червоного кольору;

Лікування:

Загальне:

імуномодулятори бактеріального походження (при середньотяжкій та тяжкій формах захворювання);

Місцеве:

знеболення (місцево); антисептики (місцево); вітамінні

препарати (місцево);

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ

Кандидози слизової оболонки порожнини рота
Критерії діагностики:

Клінічні

печія і біль, що підсилюються при прийомі їжі, порушення смакових відчуттів; біль при відкриванні рота, кровоточивість із тріщин червоної облямівки, кутів рота сухість слизової оболонки порожнини рота; наявність білого творожистого нальоту, плівок, бляшок, ерозій; тріщини червоної облямівки губ, кутів рота, лущення губ ерозії в кутах рота на інфільтрованій та гіперемійованій основі набряк, гіперемія язика; вогнищевий білий рихлий наліт у вигляді плівок на язиці, десквамація

-

Лікування:

Загальне

- протигрибкові препарати азольної групи

протигрибкові антибіотики імунокорегуючі препарати вітамінні

препарати лікувальне харчування (продукти харчування, що

пригнічують ріст грибів (морква, лимон, морська капуста,

кориця; продукти з мікроелементами; кисломолочні продукти)

еубіотики

Місцеве

- нормалізація рН ротової рідини (лужні розчини) – місцево; антимикотики (азольна група) – місцево; протигрибкові антибіотики (місцево); аліламінові сполуки (місцево);

антисептики з протигрибковою активністю (місцево); імуномодулятори (місцево); еубіотики

(місцево) санація порожнини рота

Гельмінтози – група захворювань людини, спричинених паразитарними черв'яками – гельмінтами.

Аскаридоз

Спричинюється аскаридами.

Потрапивши в кишки людини, личинки звільняються від оболонок, проникають через слизову оболонку в кровоносні судини – в русло ворітної вени, кровоносні судини печінки, звідти через нижню порожнисту вену потрапляють у праву половину серця і через легеневу артерію в легені. Личинки просвердлюють стінки альвеол, мігрують у бронхіоли, бронхи, із мокротинням потрапляють у ротову порожнину і проковтуються, потрапляють у шлунок, кишки, де вони перетворюються на зрілі форми. Цикл розвитку становить 2 – 2,5 міс. Протягом року аскариди живуть у кишках. Після цього терміну вони гинуть і виводяться з фекаліями назовні.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.06 № 434

Протокол надання медичної допомоги хворим на аскаридоз

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Захворювання має 2 фази перебігу – міграційну та кишкову і триває протягом 10-12 місяців.

Клінічні ознаки міграційної фази:

а) еозинофільні інфільтрати у легенях;

б) гіпереозинофільна реакція крові (15-30%, а іноді і вище);

в) субфебрильна або фебрильна температура;

-
г) сухий кашель (часто має астматичний характер);

д) поліморфний висип на шкірі (кропивниця);

е) сверблячка шкіри;

Клінічні ознаки кишкової фази можуть мати безсимптомний або клінічно виражений перебіг:

а) слабкість;

б) зниження або підвищення апетиту;

в) біль у животі;

г) нестійкі випорожнення;

д) зниження працездатності.

Ускладнення:

а) обтурація кишечника аскаридами;

б) спастична непрохідність кишечника;

в) перитоніт;

г) закупорка аскаридами печінкових ходів та жовчних протоків, протоків підшлункової залози;

-
д) обтурація аскаридами дихальних шляхів.

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Хворим на аскаридоз необхідно проводити патогенетичну терапію: зміцнювальну, десенсибілізуючу, терапію, що покращує мікроциркуляцію. Поряд з цим проводиться специфічна терапія.

Ентеробіоз

Збудником ентеробіозу є гострик. Місце паразитування : нижній відділ тонкої та верхній відділ товстої кишки, червоподібний відросток, де через 12-14 діб гострик досягає статевої зрілості. Тривалість життя гострика становить 20-30 діб. Самка відкладає яйця в періанальних складках (10-12 тис), які через 4 – 5 годин стають інвазійними. Після відкладення яєць самка гине.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.06 № 434

Протокол надання медичної допомоги хворим на ентеробіоз

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Захворювання може тривати від одного місяця до багатьох років.

-
Клінічні ознаки:

- а) сверблячка заднього отвору;
- б) помірна еозинофільна реакція крові;
- в) субфебрильна або фебрильна температура; г) неспокійний сон;
- д) слабкість;
- е) зниження працездатності;

Клінічні ознаки можуть мати безсимптомний або клінічно виражений перебіг.

Діагностична програма

- д) зскріб за допомогою липучої стрічки з метою виявлення гостриків;

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Хворим на ентеробіоз необхідно проводити патогенетичну терапію: зміцнювальну, десенсибілізуючу, імунокорегуючу. Поряд з цим проводиться специфічна терапія.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Нагляд протягом 1 місяця, 6 місяців – при стійкому ентеробіозі.

Обстеження триразове з інтервалом 1-2 дні щомісячно. У разі невиявлення інвазії хворий знімається з диспансерного обліку.

Трихоцефальоз

Збудником захворювання є волосоголовець. Місце паразитування: сліпа кишка і червоподібний відросток, а в разі масивної інвазії – вся товста кишка і дистальний відділ тонкої. Живляться волосоголовці кров'ю, тому їх вважають гематофагами. Тривалість життя – 5-6 років, іноді більше.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.06 № 434

Протокол надання медичної допомоги хворим на трихоцефальоз

Ознаки та критерії діагностики захворювання Захворювання триває протягом 5-7 років. Клінічні ознаки можуть мати безсимптомний або клінічно виражений перебіг:

- а) слабкість;
- б) зниження або підвищення апетиту;
- в) біль у животі;
- г) нестійкі випорожнення;
- д) нудота;
- е) запори;

-
ж) діарея;

з) зниження працездатності.

Ускладнення:

а) анемія;

Діагностична програма

а) копрологічне дослідження з метою виявлення яєць волосоголовця.

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Хворим на трихоцефальоз необхідно проводити патогенетичну терапію: зміцнювальну, десенсибілізуючу, терапію, що покращує мікроциркуляцію. Поряд з цим проводиться специфічна терапія.

Лікування

Для лікування аскаридозу застосовують такі препарати:

Декаріс (левамізол) одноразово, комбантрин (пірантел) протягом 1-3 днів, вермокс (мебендазол) протягом 2 днів, нафтамон (алкопар) одноразово, медамін протягом 1-2 днів.

Протягом 3 тижнів після курсу лікування застосовувати настій трав: пижмо, золототисячник, безсмертник.

Для лікування ентеробіозу:

Дотримувати санітарно – гігієнічних заходів:

Щоденні підмивання дитини 2 рази на добу з милом, часте миття рук, особливо під нігтями, постійне перебування дитини в трусах, які міняють щодня, прання білизни з кип'ятінням і обов'язкове прасування, коротко стригти нігті дитини. Перед нічним сном застосовувати очисні клізми : 0,5 столової ложки натрію гідрокарбонату на 1 склянку води. Змащувати ділянку відхідника і промежини 5% анестезиновою маззю. Проводити медикаментозне лікування : вермокс, пірантел.

Для лікування трихоцефальозу:

Застосовують такі медикаментозні засоби:

Вермокс протягом 6 днів, дифезил протягом 5 днів, ефективність лікування підвищується, якщо провести 8 – 10 сеансів індуктотермії чи діатермії на ділянку сліпої кишки. Можна застосовувати кисневу терапію. Кисень вводять у пряму кишку після очисної клізми у кількості 100 – 150 мл на кожен рік життя протягом 7 днів. Після останнього введення кисню призначити сольове проносне та очисну клізму.

