


Медсестринство в педіатрії: підручник

Підручник підготовлено за новою програмою. Кожне дитяче захворювання описано за схемою медсестринського процесу, а саме: визначення, чинники, класифікація, клінічні прояви, оцінювання стану, план сестринського догляду, реалізація плану догляду, оцінювання результатів. Викладено основні положення, що стосуються медсестринського догляду за хворими дітьми. Плани медсестринського догляду наведено за схемою «проблема—причина—очікуваний результат—дії медичної сестри». Подано інструкції до виконання практичних навичок. Запропоновано тестові завдання та контрольні ситуаційні задачі, складено таблиці з відповідями до них.  Для студентів медичних закладів фахової передвищої та вищої освіти, а також працівників практичної охорони здоров'я.

Медсестринство В ПЕДІАТРІЇ

За редакцією
професора В.С. ТАРАСЮКА

ПІДРУЧНИК

Друге видання

ЗАТВЕРДЖЕНО

Міністерством охорони здоров'я України
як підручник для студентів медичних
закладів фахової передвищої
та вищої освіти

Київ
ВСВ «Медицина»
2021

УДК 356.334; 616-053.2
ББК 57.3я73
М42

Автори:

В.С. Тарасюк, професор, заслужений лікар України; *Г.Г. Титаренко*, викладач Вінницького медичного фахового коледжу ім. акад. Д.К. Заболотного; *І.В. Паламар*, канд. мед. наук, доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВНМУ ім. М.І. Пирогова; *Н.В. Титаренко*, канд. мед. наук, викладач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ВНМУ ім. М.І. Пирогова, лікар-анестезіолог; *Т.І. Летута*, викладач Вінницького медичного фахового коледжу ім. акад. Д.К. Заболотного; *В.В. Титаренко*, викладач Вінницького медичного фахового коледжу ім. акад. Д.К. Заболотного, лікар-отоларинголог; *О.О. Акчуріна*, викладач Вінницького медичного фахового коледжу ім. акад. Д.К. Заболотного; *А.В. Костюченко*, канд. мед. наук, доцент кафедри нервових хвороб ВНМУ ім. М.І. Пирогова, лікар-невропатолог; *Г.І. Семенець*, гол. мед. сестра КНУ Вінницького райметодцентру первинної мед.-санітар. допомоги; *О.С. Гончарук*, викладач кафедри хірургії № 1 з курсом анестезіології та інтенсивної терапії ВНМУ ім. М.І. Пирогова

Рецензенти:

В.М. Дуднік, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри педіатрії № 2 Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова;
І.Я. Губенко, канд. мед. наук, доцент, академік УАН, ректор Черкаського медичної академії, заслужений лікар України

Медсестринство в педіатрії : підручник / В.С. Тарасюк, Г.Г. Титаренко, М42 І.В. Паламар та ін.; за ред. В.С. Тарасюка. — 2-е вид. — К. : ВСВ «Медицина», 2021. — 336 с.

ISBN 978-617-505-854-1

Підручник підготовлено за новою програмою. Кожне дитяче захворювання описано за схемою медсестринського процесу, а саме: визначення, чинники, класифікація, клінічні прояви, оцінювання стану, план сестринського догляду, реалізація плану догляду, оцінювання результатів. Викладено основні положення, що стосуються медсестринського догляду за хворими дітьми. Плани медсестринського догляду наведено за схемою «проблема—причина—очікуваний результат—дії медичної сестри». Подано інструкції до виконання практичних навичок. Запропоновано тестові завдання та контрольні ситуаційні задачі, складено таблиці з відповідями до них.

Для студентів медичних закладів фахової передвищої та вищої освіти, а також працівників практичної охорони здоров'я.

УДК 356.334; 616-053.2
ББК 57.3я73

ISBN 978-617-505-854-1

© В.С. Тарасюк, Г.Г. Титаренко, І.В. Паламар,
Н.В. Титаренко, Т.І. Летута, В.В. Титаренко,
О.О. Акчуріна, А.В. Костюченко, Г.І. Семенець,
О.С. Гончарук, 2014, 2021
© ВСВ «Медицина», оформлення, 2021

Зміст

ПЕРЕДМОВА.....	5
РОЗДІЛ 1. ХВОРОБИ НОВОНАРОДЖЕНИХ	6
Асфіксія	6
Спадкова патологія у новонароджених	13
Внутрішньочерепна пологова травма	21
Гемолітична хвороба	26
Септичні захворювання новонародженого.....	30
РОЗДІЛ 2. ЗАХВОРЮВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.....	39
Рахіт	39
Гіпервітаміноз D	49
Спазмофілія	53
Атопічний дерматит	59
РОЗДІЛ 3. ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ТРАВЛЕННЯ.....	69
РОЗДІЛ 4. ХРОНІЧНІ РОЗЛАДИ ТРАВЛЕННЯ.....	77
Білково-енергетична недостатність.....	77
Паратрофія	81
РОЗДІЛ 5. ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ	89
Риніт	89
Ангіна	91
Хронічний тонзиліт	92
Гострий ларинготрахеїт.....	94
Гострий бронхіт	97
РОЗДІЛ 6. ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ.....	106
Гостра пневмонія.....	106
Бронхіальна астма	128
РОЗДІЛ 7. ЗАХВОРЮВАННЯ КРОВІ.....	140
Анемія.....	140
РОЗДІЛ 8. ЗАХВОРЮВАННЯ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ	175
Вроджені вади серця	175
Ревматизм.....	182
РОЗДІЛ 9. ЗАХВОРЮВАННЯ СИСТЕМИ КРОВОТВОРЕННЯ І КРОВІ	200
Лейкоз.....	200
Гемофілія.....	207
Геморагічний васкуліт.....	214
Тромбоцитопенічна пурпура	219

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 10. ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЕННЯ	223
Гломерулонефрит	223
Пієлонефрит.....	237
РОЗДІЛ 11. ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ	245
Стоматит.....	245
Хронічний гастрит.....	250
Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки	260
Функціональні розлади біліарного тракту.....	271
Хронічний холецистохолангіт	279
Хронічний коліт.....	285
Панкреатит.....	289
РОЗДІЛ 12. ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ	295
Цукровий діабет.....	295
РОЗДІЛ 13. ГЕЛЬМІНТОЗИ	311
ЛІТЕРАТУРА	335

Передмова

На сучасному етапі головним напрямом розвитку охорони здоров'я в Україні є вдосконалення системи надання медичної допомоги дітям і матерям. Тому необхідно підвищити рівень профілактичної діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів, що опікуються здоров'ям жінок і дітей, посилити пропаганду здорового способу життя, поліпшити роботу медичних сестер, які проводять профілактичні заходи, розвивають сімейну медицину.

Важливу роль у покращенні медичної допомоги населенню відіграють медичні сестри. Вони — не лише перші помічники лікаря, а одна з основних ланок охорони здоров'я. Професія медичної сестри потребує не тільки чіткого виконання призначень лікаря, а й винахідливості у складних ситуаціях, спостережливості, чуйності, співчуття і милосердя.

Сучасні методи діагностики і лікування досить складні, тому необхідно підвищувати якість підготовки медичних спеціалістів. Кваліфікована медична сестра повинна вміти оцінити стан хворої дитини, встановити медсестринський діагноз, визначити проблему і до неї скласти план догляду лікування, а також уміти користуватися медичним обладнанням, інструментарієм, виконувати складні медичні маніпуляції.

Підручник складається з двох частин. Перша частина присвячена догляду за хворими дітьми раннього віку, друга частина — догляду за хворими дітьми старшого віку. Уперше у перевидання включено розділи “Хвороби новонароджених” та “Спадково-генетична патологія”. У підручнику змінено класифікації відповідно до міжнародних стандартів, уведено доповнення до симптомокомплексів. Згідно з протоколами, затвердженими МОЗ України, складено схеми лікування і догляду. Інструкції з виконання практичних навичок доповнено новими сучасними розробками.

Підручник “Медсестринство в педіатрії” ґрунтується на чинній програмі з педіатрії для студентів медичних закладів фахової передвищої освіти. Текст відповідає сучасним досягненням науки і практики, у ньому використано матеріали міжнародних протоколів та протоколів МОЗ України.

Розділ 5

ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Захворювання верхніх дихальних шляхів у дітей бувають частіше запального характеру, респіраторні, з ураженням слизової оболонки носа, рота, гортані, трахеї, бронхів, які призводять до порушення дихальної, захисної, нюхової і мовленевої функцій, спричиняють патологічні зміни в інших органах і системах.

РИНІТ

Визначення

Риніт — запальний процес слизової оболонки носа, який може поширюватись на носову частину глотки. Тому в дітей 1-го року життя нежить розглядається як ринофарингіт.

Чинники

Головні чинники:

- вірусна або бактеріальна інфекція, якщо захворювання респіраторне;
- дисфункція вегетативної нервової системи, внаслідок чого виникає нейро-вегетативна форма захворювання в дітей з вегетосудинною дистонією;
- місцева чи загальна сенсибілізація антигеном, унаслідок чого виникає алергійний нежить, який може бути сезонний, сінний (розглядається як поліноз).

Сприятливі чинники:

- несприятливі умови життя;
- несприятливі кліматичні умови;
- переохолодження і перегрівання;
- викривлення носової перегородки;
- зміни імунобіологічної системи.

Класифікація:

1. Гострий риніт.
2. Хронічний риніт.
3. Вазомоторний риніт:
 - нейровегетативна форма;
 - алергійна форма.

Клінічні прояви

У дітей 1-го року загальний стан тяжкий. Підвищується температура тіла до 38 °С, спостерігаються психомоторні розлади, ускладнюється дихання через ніс. Дитина не може смоктати груди матері.

Місцевий процес складається з трьох стадій — продромальної, секреторної, одужання.

РОЗДІЛ 5

У продромальній стадії спостерігаються симптоми:

- сухість слизової оболонки носа;
- періодичне чхання;
- незначне порушення носового дихання.

У секреторній стадії загальний стан погіршується, посилюються місцеві симптоми, а саме:

- часте чхання;
- серозні виділення з носа;
- подразнення і почервоніння шкіри носа, верхньої губи, набряк слизової оболонки носа;
- різке утруднення носового дихання.

Стадія одужання характеризується поліпшенням дихання, секрет стає густим, у носовій порожнині з'являються кірки.

Кожна стадія триває в середньому 2—3 доби.

Симптоми обох форм вазомоторного риніту майже однакові, але відзначають такі особливості проявів:

- пароксизми чхання;
- виділення великої кількості їдкого рідкого, водянистого секрету;
- пастозність і набряк слизової оболонки носа, блідо-ціанотичний її колір;
- відсутність скоротливої здатності судин носових раковин при застосуванні судинозвужувальних препаратів.

Прояви хронічного риніту характеризуються:

- різким утрудненням дихання;
- накопиченням у носовій порожнині густих і сухих гнійно-слизових кірок, які мають неприємний запах;
- виділенням з носа густого секрету.

Оцінювання стану. Оцінюючи стан дитини, медична сестра звертає увагу на клінічні прояви, перебіг, особливості анамнезу; враховує бактеріологічне та вірусологічне дослідження носового секрету.

На підставі цих даних медична сестра разом з батьками дитини формулює проблеми і складає план сестринського догляду.

План сестринського догляду

Проблема. Виділення секрету з носа. Утруднене носове дихання.

Причина. Гострий риніт. Респіраторне бактеріальне або вірусне захворювання.

Мета очікуваного результату. Відновлення нормального носового дихання.

Дії медичної сестри, втручання:

1. Створити оптимальний температурний режим. Забезпечити спокій, організувати ретельний догляд за дитиною.

2. Призначити дієту згідно з віковими особливостями. Дітям грудного віку давати зціжене грудне молоко через соску і пляшечку.

3. Перед годуванням проводити туалет носа. Відсмоктувати гумовим балончиком слиз з носових ходів, потім прочистити ніздрі ватними джгутіками, змоченими в теплій олії або теплому ізотонічному розчині натрію хлориду, грудному молоці.

4. Для поліпшення носового дихання застосовувати препарати для звуження судин — ксилометазолін (називін, назол бебі: дітям віком 1 міс. по 1 краплі 1 раз

на день, 1—2 роки — по 1—2 краплі, 2—6 років — по 2—3 краплі, назол кідс: дітям віком 2—6 років по 1 краплі 4 рази на день, 6—12 років — 2 вприскування 4 рази на день, риназал, евказолін). Мілі носик: дітям віком 1—3 роки — по 0,5 піпетки 3 рази на день, 3—6 років — по 1 піпетці 3 рази на день, 6—12 років — по 1—1,5 піпетки, у дітей віком понад 12 років — по 1,5—2 піпетки 3 рази на день. Віброцил до 1 року — по 1 краплі 3—4 рази на день, 1—6 років — по 1—2 краплі 3—4 рази на день, віком понад 6 років — 3—4 краплі 3—4 рази на день.

5. Через 30 хв після введення вказаних крапель у носові ходи застосувати антисептик: 2 % розчин протарголу, евкабал, піносол. При алергійному риніті — актифед, Анти Флу Бебі дітям віком 3—6 міс. — по 0,4 мл 1—2 рази на день, 6—12 міс. — по 0,8 мл 1—2 рази на день, Анти Флу Кідс дітям віком 2—6 років — 1 пакетик, 6—12 років — по 1 таблетці 3 рази на день.

Гомеопатичний засіб вібуркол дітям віком до 6 міс. — 1 супозиторій двічі на день, віком понад 1 рік — по 1 супозиторію 4—6 разів на день.

6. При нормалізації температури тіла можна проводити опромінення ультрафіолетовою лампою стопи і нижньої половини обличчя.

7. Із загальних засобів можна застосувати гірчичні ножні ванни, гірчичні аплікації на литкові м'язи, тепле питво.

АНГІНА

Визначення

Ангіна — гостре інфекційне захворювання всього організму з місцевими проявами переважно в піднебінних мигдаликах.

Чинники

Головні чинники: стрептокок, стафілокок, аденовірус.

Сприятливі чинники: переохолодження, зниження імунітету, дитячі інфекції (скарлатина, інфекційний мононуклеоз, дифтерія, менінгококова інфекція).

Клінічні прояви

Виділяють катаральну, лакунарну, фолікулярну, фібринозну, виразкову, некротичну, виразково-некротичну, герпетичну, змішану ангину.

Клінічні прояви ангіни поділяють на місцеві та загальні.

До загальних проявів належать симптоми:

- порушення загального стану;
- підвищення температури тіла до 39—40 °С;
- біль у кістках та суглобах;
- збільшення регіональних піднижньощелепних і шийних лімфовузлів.

Місцеві ознаки залежать від форми ангіни.

При катаральній формі мигдалики збільшені, рожево-червоні, чітко виражена межа між хворою і здоровою тканиною.

При лакунарній формі мигдалики гіперемовані, навколо лакун виявляють білі або сіруваті плівки, які легко знімаються ватними тампонами.

При фолікулярній формі мигдалики збільшені, червоні, їх поверхня горбиста, у підслизовому прошарку мигдаликів є гнояки у вигляді крапок. Це нагноєні фолікули, які лопаються, і на поверхні з'являється гній.

Оцінювання стану. Оцінюють стан пацієнта за клінічними проявами. У діагностиці допомагає бактеріологічне дослідження, яке проводять до застосування антибактеріальних засобів. На основі цих даних медична сестра разом з батьками дитини формулює проблеми і складає план сестринського догляду.

План сестринського догляду

Проблема. Відмова від їжі, зниження апетиту внаслідок виникнення болю в горлі, який посилюється при ковтанні.

Причина. Гострий інфекційно-запальний процес піднебінних мигдаликів, загальна інтоксикація організму.

Мета очікуваного результату. Провести місцеве лікування для відновлення здорової тканини мигдаликів. Одночасно здійснювати загальне лікування.

Дії медичної сестри, втручання:

1. Організувати спокій, ліжковий режим, ретельний догляд за дитиною.
2. Призначити дієту згідно з віком дитини. Їжа має бути вітамінізована (овочі, фрукти), добре термічно й механічно оброблена. Страви мають бути тільки в теплом вигляді. Виключити алергенні, подразнювальні (кислі, солоні, копчені) продукти. Збільшити кількість питва (чай з лимоном, молоком, фруктові компоти, морси, мінеральна вода в теплом вигляді, відвар шипшини).
3. Проводити полоскання горла 4—6 разів на день, дітям раннього віку замість самостійного полоскання зрошувати горло за допомогою гумового балончика або шприца без голки. Використовувати відвари трав (ромашки, шавлії, листя евкаліпту, звіробою, нагідок, розчин ротокану, хлорфіліпту), розчини антисептиків (фурациліну 1:5000, риванолу 1:1000, 2 % розчин натрію гідрокарбонату).
4. Широко показано застосовувати препарати, які діють місцево у вигляді аерозолів, таблеток-пластівців для розсмоктування. Аерозолі (Тантум Верде, люгс, йокс, орасепт, інгаліпт, хлорфіліпт) використовують після полоскання горла 3—4 рази, після приймання препарату протягом 2 год дитину не годують. Дітям для смоктання можна давати антисептичні таблетки після полоскання горла 3—4 рази на добу, а саме: анти-ангін, фарингосепт, стрепсилс лимонний, хлорфіліпт, септолете, фалімінт, ісла, лісобакт, ефізол, декатилен.
5. Провести антибактеріальну терапію. Курс антибіотиків широкого спектра дії — впродовж 7—10 днів. Після курсу обов'язково провести контрольне бактеріологічне дослідження.
6. Провести загальну терапію, яка включає препарати: жарознижувальні — панadol (парацетамол), ефералган (парацетамол), ібуфен Д (ібупрофен), антигістамінні — кларетин (лоратадин), еріус (дезлоратадин), вітаміни (А, С, Е, групи В).
7. Після нормалізації температури тіла можна провести сеанси тубус-кварцу № 7—10.
8. Обов'язкова консультація оториноларинголога.

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Визначення

Хронічний тонзиліт — хронічне запалення піднебінних мигдаликів, яке може призвести до ураження різних органів і систем, розвивається на тлі зміненої реактивності дитячого організму.

Чинники

Головні чинники: різні мікроорганізми й віруси. Найчастішою причиною є β -гемолітичний стрептокок, патогенні штами стафілокока, аденовіруси.

Сприятливі чинники:

- часті ангіни;
- ГРВІ;
- інтоксикації, незбалансоване харчування;
- недостатнє перебування на свіжому повітрі;
- зміни імунітету;
- дитячі інфекції (скарлатина, дифтерія).

Класифікація**За причиною:**

- ангінозний;
- безангінозний.

За формою:

- компенсований;
- декомпенсований.

За перебігом:

- загострення;
- ремісія.

Клінічні прояви

Клінічні прояви хронічного тонзиліту залежать від його перебігу. Загострення характеризуються рецидивами ангіни, регіонарної лімфаденопатії. При обстеженні виявляють симптоми:

- гіперемія піднебінних дужок;
- валикоподібне стовщення їх країв;
- наявність гнійного ексудату в лакунах мигдаликів;
- щільність мигдаликів і наявність спайок між ними і дужками.

Якщо форма тонзиліту компенсована, то визначаються лише місцеві ознаки. Якщо форма декомпенсована, то проявляються клінічні ознаки токсико-алергійного характеру — тонзилогенна інтоксикація. Під час ремісії мигдалики можуть бути атрофічними, рубцево зміненими, у лакунах будуть гнійні пробки. У разі частих рецидивів ангіни визначають зміни з боку серцево-судинної, нервової, ендокринної систем.

Оцінювання стану

Оцінювання стану стану пацієнта проводять за клінічними проявами і залежить від форм і перебігу хронічного тонзиліту. Обов'язкові консультація оториноларинголога, проведення бактеріологічного дослідження, контроль аналізів крові для своєчасної діагностики споріднених захворювань (ревматизм, гломерулонефрит, геморагічний васкуліт).

На підставі клінічних, лабораторних даних медична сестра разом з батьками формує проблеми і складає план сестринського догляду.

План сестринського догляду

Проблема. Тривала субфебрильна температура тіла, підвищена втомлюваність, млявість, запаморочення. Біль у горлі.

Причина. Тонзилогенна інтоксикація внаслідок хронічного тонзиліту.

Мета очікуваного результату. Досягнення стійкої ремісії при хронічному тонзиліті. Проведення санації піднебінних мигдаликів, видалення з них гнійного секрету або гнійної пробки. Проведення загальних заходів, які спрямовані на усунення інтоксикації, зміцнення імунітету.

Дії медичної сестри, втручання:

1. Організувати режим дня з максимальним перебуванням на свіжому повітрі.
2. Створити умови для відпочинку і нормального сну.
3. Призначити збалансовану, збагачену вітамінами дієту згідно з віком дитини.
4. Включити в режим дня гімнастику, загальний масаж, загартовувальні процедури.
5. Отримати рекомендації щодо лікування хронічного тонзиліту в оториноларинголога.
6. Призначити полоскання горла відварами трав, які чергуються з антисептиками, 4—6 разів на добу.
7. Лікар промиває лакуни мигдаликів розчином фурациліну 1:5000 або розчином 5 % аскорбінової кислоти, розчин морської солі. На курс лікування — 10—12 процедур.
8. Змащувати мигдалики 0,5—1 % розчином Люголя 1—2 рази на добу, 10—12 днів.
9. Застосовувати аерозолі (тантум верде, люгс, йокс, орасепт, інгаліпт, хлорфіліпт) або антисептичні таблетки, пластівці (анти-ангін, фарингосепт, стрепсилс лимонний, хлорфіліпт, септолете, фалімінт, ісла, лісобакт, ефізол, декатилен).
10. Після видалення гнійного секрету з лакун мигдаликів проводити фізіотерапевтичні процедури: тубус-кварц, електрофорез із 10 % розчином кальцію хлориду, 2 % розчином новокаїну, алое; ультразвук; лазерне опромінення з використанням магнітно-лазерного низькоенергетичного апарата, який працює на арсеніді галію з довжиною хвиль 0,89 мкм.
11. Проводити курси антибактеріальної терапії за показаннями, вітамінотерапії, десенсибілізуючої терапії.
12. За відсутності ефекту консервативної терапії з оториноларингологом вирішують питання про тонзилектомію, яка може бути проведена тільки через місяць після загострення хронічного тонзиліту.

ГОСТРИЙ ЛАРИНГОТРАХЕЇТ

Визначення

Гострий ларинготрахеїт — запалення слизової оболонки гортані, трахеї, найхарактернішою ознакою якого є набряк підголосового простору, що призводить до гострого порушення дихання.

Гострий ларинготрахеїт найчастіше спостерігається у віці від 5 до 6 років, причому в хлопчиків у 3 рази частіше, ніж у дівчаток.

Чинники

Головні чинники: віруси парагрипу, грипу, кору.

Сприятливі чинники: сенсибілізація організму дитини, послаблення організму перенесеними хворобами.

Класифікація:

I стадія — компенсація.

II стадія — неповна компенсація.

III стадія — декомпенсація.

IV стадія — асфіксія.

Клінічні прояви

Тяжкість стану дитини зумовлена ступенем стенозу підв'язкового простору і дихальною недостатністю. Ступінь стенозу встановлюють за сукупністю клінічних ознак, провідними з яких є характеристики параметрів дихання. Виділяють чотири ступені стенозу.

I ступінь (компенсований стеноз) характеризується такими ознаками: стан дитини середньої тяжкості, дитина неспокійна, не знаходить зручного положення в ліжку; голос сиплий, при неспокої відзначаються інспіраторна задишка і гавкаючий кашель; у спокої дихання рівне, немає втягування податливих ділянок грудної клітки; шкірні покриви звичайного забарвлення, але може з'являтися ціаноз під час плачу і фізичного навантаження, ЧСС перевищує вікову норму на 5—10 %; показники КОС крові — в межах норми.

II ступінь (субкомпенсований стеноз) характеризується тяжким загальним станом дитини. Дитина збуджена, неспокійна, постійно намагається знайти положення для зменшення опору під час вдиху. До ознак, що характерні для I ступеня стенозу, приєднується постійна наявність інспіраторної задишки, котра наростає і супроводжується втягуванням податливих місць грудної клітки (над- та підключичні ділянки, яремна ямка, міжреберні проміжки). Стридорозне шумне дихання переривається нападами грубого гавкаючого кашлю, дихання чути на відстані. Голос у дитини сиплий. Шкірні покриви бліді з періоральним ціанозом. ЧСС перевищує норму на 10—15 %. Над легеньми внаслідок інтерстиціального набряку вислуховуються жорстке дихання і велика кількість різнокаліберних хрипів. За даними ВОЗ, визначається компенсований метаболічний ацидоз із дефіцитом основ.

III ступінь (декомпенсований стеноз) характеризується дуже тяжким станом дитини. Вона збуджена або загальмована, можуть з'явитися порушення свідомості (реагує лише на сильні подразнювальні чинники: тактильні, звукові, світлові). З'являються напади апное, як наслідок виснаження дитини, оскільки подолання опору під час вдиху є значно енерговиснажливим процесом. До ознак, характерних для II ступеня стенозу, приєднуються більш виражені симптоми затрудненого вдиху, може визначатися симптом човноподібного живота. Шкіра й слизові оболонки бліді, виражені акроціаноз та холодний піт. Ціаноз зберігається навіть при інгаляції кисню. З'являються ознаки недостатності кровообігу: мармуровий малюнок шкіри, тахікардія з ЧСС більше 15 % від вікової норми, глухість тонів серця, частий аритмічний пульс, можливе збільшення печінки. Над легеньми прослуховуються хрипи, у тому числі крепітуючі, як наслідок альвеолярного набряку легень. У крові реєструється некомпенсований змішаний ацидоз.

IV ступінь (асфіксія) характеризується вкрай тяжким станом дитини. Вона непритомніє, зіниці розширені, можуть з'явитися судоми, мимовільна дефекація. Дихання поверхневе, не шумне (стан несправжнього благополуччя). Шкіра і слизові оболонки ціанотичні. Тони серця глухі, виражена брадикардія, що є загрозовою ознакою наближення зупинки серця; пульс ниткоподібний або відсутній. При наростанні цих явищ настає зупинка дихання і серцевої діяльності.

Оцінювання стану

Оцінюють стан залежно від стадії захворювання на підставі клінічних проявів. Кожна стадія гострого ларинготрахеїту потребує від медсестри значної уваги. Треба пам'ятати, що раціональне і результативне лікування залежить від організації оптимальних умов.

При всіх ступенях проводять відповідну терапію у трьох напрямках:

- 1) відновлення адекватної вентиляції легенів;
- 2) боротьба з метаболічним ацидозом;
- 3) відновлення серцево-судинної діяльності.

Після проведення невідкладної допомоги в домашніх умовах дитину обов'язково госпіталізують при I ступені тяжкості в дитячу лікарню, при II—IV ступенях тяжкості — у реанімаційне відділення.

У перших стадіях захворювання медична сестра разом з батьками дитини формує проблеми і складає план сестринського догляду.

План сестринського догляду

Проблема. Інспіраторна задишка. Ускладнене дихання на вдиху, дихання гучне, чути на відстані.

Причина. Розвиток набряку підголосової порожнини гортані. Унаслідок запального процесу гортані і трахеї — накопичення слизу.

Мета очікуваного результату. Нормалізувати дихання.

Дії медичної сестри, втручання:

1. Заспокоїти дитину і батьків.
2. Створити для дитини комфортні умови: вологий теплий клімат — температура в кімнаті 24—26 °С. У кімнаті потрібно розвішати мокрі пелюшки, накрити ними батареї опалення, поставити миску з гарячою водою, принести каструлю з відваром відхаркувальних трав, щоб відвар парував.

3. Провести інгаляцію зволуженим киснем. Апарат Боброва залити настоями трав: ромашки, безсмертника, евкаліпта, мати-й-мачухи, подорожника, первоцвіту, фіалки, квіток липи — 400—500 мл і поставити склянку на водяну баню з температурою 80 °С. Пропустити кисень через теплий розчин настою трав в апараті Боброва. Інгаляції виконувати під тентом з целофану або в кисневій палатці.

4. Провести відволікальну терапію, якщо в дитини нормальна температура тіла. Зробити ножні і ручні ванни (температура води 39—40 °С) протягом 5—10 хв.

5. Дитину напувати рідиною в достатній кількості: малиновим чаєм, молоком, розчинами з настоями відхаркувальних трав: ромашки, безсмертника, евкаліпта, мати-й-мачухи, подорожника, первоцвіту, фіалки, квіток липи.

6. З теплими настоями дати дитині 1 чайну ложку мікстури від кашлю з алтеєм, термопсисом або бронхолітин.

7. Внутрішньом'язово або внутрішньовенно ввести 2 % розчин супрастину — 1—2 мг на 1 кг маси тіла.

8. Застосовують інгаляційні глюкокортикостероїди — суспензія пульмікورتу (будесонід) через небулайзер по 0,25—1,0 мг на добу, при цьому об'єм разової дози — 0,25—0,5 мг доводять до 2—4 мл ізотонічним розчином натрію хлориду, інгаляції спочатку проводять двічі на добу через 12 год, а при поліпшенні стану дитини переходять на одноразову інгаляцію з дозою будесоніду 0,25 мг.

ГОСТРИЙ БРОНХІТ

Визначення

Гострий бронхіт — запальний процес слизової оболонки бронхів, за відсутності ознак ураження легеневої тканини. Бронхіт є однією з найпоширеніших патологій дитячого віку.

Чинники

Головними чинниками є віруси грипу, парагрипу, К 8-віруси, аденовіруси. До вірусів може приєднуватися бактеріальна мікрофлора — стрептокок, гемофільна паличка інфлюенци, стафілокок, пневмокок тощо.

Сприятливі чинники:

- кліматичні умови;
- переохолодження;
- зниження імунітету;
- вплив токсичних, термічних чинників;
- пил, алергени;
- забруднення атмосфери;
- паління батьків.

Класифікація

За характером ураження розрізняють бронхіт:

1. Катаральний.
2. Фібринозний.
3. Гнійний.
4. Геморагічний.
5. Некротичний.
6. Гнільний.

За локалізацією процесу виділяють:

1. Ендобронхіт — ураження слизової оболонки бронхів.
2. Панобронхіт — ураження і підслизового, і м'язового шарів бронхів.

Клінічні прояви

Клінічні прояви гострого бронхіту характеризуються тріадою симптомів:

- 1) кашель;
- 2) виділення мокротиння;
- 3) порушення бронхіальної прохідності, але без ознак обструкції.

Під час обстеження дитини спостерігаються ознаки інтоксикації, яка залежить від виду збудника і віку (чим менша дитина, тим частіше спостерігаються ознаки інтоксикації). При бронхіті виражений катаральний синдром. Кашель сухий, нападopodobний, збільшується вночі — напади кашлю призводять до порушення сну і виснажують дитину. Тільки з 2-го тижня кашель стає вологим, але може тривати 3—4 тиж. При катаральному синдромі дихальна недостатність не спостерігається. У дітей 1-го року життя може збільшуватися частота дихання. При перкусії перкуторний звук залишається незмінним. При аускультатії вислуховуються жорстке дихання, з обох боків сухі та різнокаліберні вологі хрипи. Хрипи вислуховують як на вдиху, так і на видиху.

Оцінювання стану пацієнта базується на клінічних проявах і включає виявлення етіологічного чинника. Для цього використовують вірусологічне дослідження методом імуофлюорисценції носоглоткових змивів. Для уточнення інформації

проводять постановку серологічних реакцій — реакції зв'язування комплекменту (РЗК), реакції гемаглютинації (РГА), у яких визначається зростання титру анти-тіл. Допомагають у діагностиці бронхіту рентгенологічне і лабораторні дослідження. У разі простого бронхіту на рентгенограмі — посилення судинного малюнка в ділянці коренів. У периферичній крові визначаються лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ. При бронхіті вірусної етіології спостерігається лейкопенія.

Медична сестра разом з батьками хворої дитини формулює проблеми і складає план сестринського догляду.

План сестринського догляду

Проблема. Кашель.

Причина. Запальний процес у бронхах — інфільтрація слизової оболонки бронхів і виділення слизистого або слизисто-гнійного секрету.

Мета очікуваного результату. Відновити прохідність бронхів. Запобігти переходу процесу зі слизової оболонки на глибокі шари бронхів.

Дії медичної сестри, втручання:

1. Ізолювати дитину, обмежити контакти з нею.
2. Створити комфортний режим у кімнаті: підтримувати сталу температуру повітря в межах 20—22 °С, під час сну — 18—20 °С; проводити провітрювання і вологе прибирання кімнати.

Проводити вітамінізоване харчування дитини відповідно до віку.

3. Організувати спокій і ретельний догляд за дитиною.

4. При грипі, ГРВІ, які дають клінічні прояви бронхіту, можна використати гомеопатичний препарат афлубін. Дітям раннього віку — 1—3 краплі в столовій ложці води або грудного молока, дітям старшого віку — 5 крапель у столовій ложці води. Давати кожну годину, при поліпшенні стану — 3 рази на день.

5. Обов'язково потрібно відновити носове дихання. Провести туалет носа, 1—2 дні закапувати у ніс ксилометазолін (назол, називін), розчин морської води (аква марис), грудне молоко 3—4 рази на день.

6. Необхідність у застосуванні антибіотиків виникає тільки тоді, коли не виключають наявність бактеріальної мікрофлори.

7. Якщо кашель сухий, надричний дати тусупрекс, лібексин, синекод, кофекс.

8. Для розрідження мокротиння і поліпшення його відходження використати відхаркувальні і муколітичні препарати: мукалтин, пертусин, сироп кореня алтеї, сироп кореня солодки, сироп з подорожника, лазолван, бромгексин, бронхолітин.

Для відновлення бронхіальної прохідності застосувати міолітичні (еуфілін, ношпа), симпатоміметичні (алупент, беротек, сальбутамол) або холінолітичні та комбіновані препарати (атровент, беридуал).

9. На 3—4-й день при нормалізації температури тіла проводити теплові процедури — укутування, гірчичні ножні ванни, гірчичні обгортання, зігрівальні компреси на грудну клітку.

10. Провести фізіотерапевтичні процедури, застосувати аерозолі з протизапальними, бронхолітичними, муколітичними препаратами; електропроцедури.

11. ЛФК, масаж провести на 7-й день захворювання.

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ