

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ»

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

к практическим занятиям ПМ 02 Участие в лечебно-диагностическом и
реабилитационных процессах

МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
(Сестринский уход в педиатрии)

для обучающихся по специальности по специальности 34.02.01 «Сестринское дело»

Ставрополь, 2022

сведения о сертификате ЭЦ

Владелец: Кандаурова Наталья
Владимировна, директор
Сертификат:
0298d2a100a6b37d85433743564d5a7918
Действителен: с 01.12.2025 12:39:11 по
01.03.2027 12:49:11

Методические указания составлены в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» утвержденным Минобрнауки России от 12 мая 2014 г. № 502 и ПМ 02 Участие в лечебно-диагностических и реабилитационных процессах.

Рассмотрено на заседании методического объединения укрупненных групп специальностей 31.00.00 Клиническая медицина Протокол № 7 от «26» мая 2022 г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе Методическим советом СМК, протокол № 6 от 26.05.2022 г

Составитель: Хатуова К.Б.

Методические указания составлены в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом среднего общего образования и программой дисциплины «Сестринское дело в педиатрии».

В методических указаниях представлен материал для проведения практических занятий по дисциплине с обучающимися по специальности 34.02.01 Сестринское дело.

Методические рекомендации к практическим работам по дисциплине «Сестринское дело в педиатрии» разработаны с целью оказания помощи обучающимся по направлению подготовки «Сестринское дело» с целью оказания практической и теоретической помощи в глубоком изучении актуальных проблем педиатрии.

Процесс подготовки и выполнения практических занятий направлен на формирование следующих компетенций и личностных результатов:

ОК 1.	Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.
ОК 2.	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.
ОК 3.	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
ОК 4.	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, а также для профессионального и личностного развития.
ОК 5.	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.
ОК 6.	Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
ОК 7.	Брать ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий.
ОК 8.	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и повышать свою квалификацию.
ОК 9.	Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.
ОК 10.	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные традиции.
ОК 11.	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.
ОК 12.	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.
ОК 13.	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

ЛР 7 Осознающий приоритетную ценность личности человека; уважающий собственную и чужую уникальность в различных ситуациях, во всех формах и видах деятельности.

ЛР 10 Заботящийся о защите окружающей среды, собственной и чужой безопасности, в том числе цифровой.

ЛР 13 Непрерывно совершенствующий профессиональные навыки через дополнительное профессиональное образование (программы повышения квалификации и программы профессиональной переподготовки), наставничество, а также стажировки, использование дистанционных образовательных технологий (образовательный портал и вебинары), тренинги в симуляционных центрах, участие в конгрессных мероприятиях.

ЛР 14 Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами

ЛР 15 Соблюдающий программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан, регулирующие медицинскую деятельность

ЛР 16 Осуществляющий свою деятельность в пределах полномочий

ЛР 18 Поддерживающий и проявляющий принципы гуманности и милосердия

ЛР 19 Соблюдающий и поддерживающий профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации

ЛР 30 Принимающий и пропагандирующий принципы здорового образа жизни, всестороннего совершенствования своих физических способностей, укрепления и сохранения здоровья и творческого долголетия. Сохраняющий и укрепляющий психологическое и психическое здоровье и развитие

Содержание

- Тема 1. Пограничные состояния новорожденных. Недоношенные дети.7
- Тема 2. Сестринская помощь при асфиксии и внутричерепной родовой травме8
- Тема 3. Сестринский процесс при наследственных и врожденных заболеваниях новорожденных.9
- Тема 4. Сестринская помощь и сестринский процесс при инфекционных заболеваниях новорожденных.10
- Тема 5. Сестринский процесс при аномалиях конституции10
- Тема 6. Сестринский процесс при дистрофиях и гельминтозах11
- Тема 7. Сестринский процесс при острых и хронических расстройствах пищеварения и питания, стоматитах и рахите12
- Тема 8. Реализация сестринского процесса при работе с детьми младшего и старшего школьного возраста13
- Тема 9. Врожденные пороки сердца. Особенности течения вегетососудистой дистонии у детей15
- Тема 10. Сестринский процесс и сестринская помощь при анемиях, лейкозах, гемморагических диатезах16
- Тема 11. Сестринский процесс при заболеваниях верхних дыхательных путей17
- Тема 12. Сестринский процесс при пневмонии и бронхиальной астме18
- Тема 13. Сестринская помощь и уход при заболеваниях органов пищеварения.19
- Тема 14. Пограничные состояния новорожденных. Недоношенные дети.20
- Тема 15. Болезни мочеполовой системы21
- Тема 16. Сестринский процесс при сахарном диабете у детей21
- Тема 17. Сестринский процесс при заболеваниях щитовидной железы.22
- Тема 18. Сестринский процесс при различных формах туберкулеза у детей.23
- Тема 19. Сестринский процесс и сестринская помощь при кори, коревой краснухе, скарлатине24
- Тема 20. Сестринский процесс и сестринская помощь при дифтерии, коклюше.25
- Тема 21. Сестринский процесс и сестринская помощь при ветряной оспе, эпидемическом паротите, полиомиелите26
- Тема 22. Острые кишечные инфекции у детей, сестринская помощь.27

Тема 1. Пограничные состояния новорожденных. Недоношенные дети.

Основы теоретического материала

Период новорожденности — это период адаптации ребенка к условиям внеутробной жизни, длительность которого составляет 28 дней с момента рождения.

После появления на свет условия жизни ребенка радикально изменяются, он сразу попадает в другую окружающую среду, где значительно понижена температура (по сравнению с внутриматочной), появляются зрительные, звуковые и другие раздражители. Ребенку необходимо приспособиться к новому типу дыхания и способу получения организмом веществ, что сопровождается изменениями практически во всех системах организма.

Ребенок считается недоношенным, если он родился при сроке беременности 36 недель и менее (или менее 258 дней от первого дня менструального периода). Большинство недоношенных детей рождается массой тела менее 2500 г. Эпидемиология. Частота рождения недоношенных детей в разных странах колеблется от 4 до 16%. В России частота рождения недоношенных детей 5-7%. Среди недоношенных около 80% составляют дети, родившиеся при сроке беременности 32-36 недель. Большинство детей, рождающихся при сроке беременности менее 32 недель, имеют очень низкую массу тела при рождении, и частота рождения таких детей в большинстве стран не превышает 2% (в России менее 1%).

Частота невынашивания беременности четко коррелирует с социальноэкономическим уровнем жизни в стране в целом и условиями жизни отдельных семей. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности. С недоношенностью связан высокий риск перинатальных повреждений ЦНС (внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция и др.), ведущих к тяжелым неврологическим последствиям, риск патологии легких, не только в перинатальном периоде, но и в последующие годы жизни (бронхолегочная дисплазия), риск нарушения зрения и слуха (ретинопатия недоношенных, тугоухость), причем величина риска тем выше, чем меньше масса тела при рождении и чем меньше срок беременности. Перинатальная смертность этих детей более в 16-20 раз превышает показатель смертности детей с массой тела при рождении выше 2500г.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов пограничных состояниях новорожденных, недоношенности детей и ее причинах

Вопросы к практическому занятию

1. Понятия о пограничных состояниях
2. Основные пограничные состояния
3. Клиника пограничных состояний
4. Недоношенность, ее причины
5. Клиника недоношенности
6. Уход за недоношенными детьми

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника внутрикожного введения лекарственных средств
2. Техника подкожной инъекции
3. Техника внутривенного введения лекарственных средств
4. Техника внутримышечного введения лекарственных средств

Освоить

1. Утренний туалет новорождённого ребёнка
2. Применение резиновых грелок для согревания

Тема 2. Сестринская помощь при асфиксии и внутричерепной родовой травме

Основы теоретического материала

Родовые травмы и повреждения Термин «родовая травма» объединяет нарушения целостности (и отсюда расстройство функции) тканей и органов ребенка, возникающие во время родов. Перинатальная гипоксия и асфиксия в родах часто сопутствуют родовым травмам, но могут быть и одним из патогенетических звеньев их возникновения. Одна из причин родовых травм - акушерские пособия в родах. Продолжительная внутриутробная гипоксия, тяжелая интранатальная асфиксия увеличивают вероятность родового травматизма даже при нормальном течении родового акта. Различают родовую травму нервной системы, мягких тканей, костей, внутренних органов. Родовая травма нервной системы включает повреждения головного и спинного мозга, периферической нервной системы (акушерские парезы рук, диафрагмы, мимической мускулатуры). Значительное место в патологии новорожденных занимают переломы костей (ключицы, бедра, голени).

При тяжелых родах может возникнуть травма внутренних органов, разрыв мышц с последующим кровоизлиянием. Наиболее частыми повреждениями мягких тканей является родовая опухоль и кефалогематома. Родовая м - это физиологическое явление, которое характеризуется отеком и расстройством кровообращения в мягких тканях головы при головном предлежании. При образовании родовой опухоли на голове она распространяется за пределы одной кости. Лечение опухоли не требует, самостоятельно проходит через 1-3 дня. Кефалогема- это кровоизлияние под надкостницу какой-либо кости свода черепа, чаще теменной или затылочной, которое может появиться лишь через несколько часов после рождения. Опухоль вначале имеет упругую консистенцию, никогда не переходит на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненна. Поверхность кожи над кефалогематомой не изменена.

В первые дни жизни кефалогематома может увеличиваться. На 2-3-й неделе жизни размеры кефалогематомы уменьшаются, и полное рассасывается В некоторых случаях возможно обызвествление, редко - нагноение. Причина кефалогематомы - отслойка надкостницы при движениях головы в момент ее прорезывания, реже при трещинах черепа. Перинатальное повреждение центральной нервной системы

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов об асфиксии и внутричерепной травме.

Вопросы к практическому занятию

1. Причины родовой травмы
2. Клиническая картина
3. Асфиксия, ее причины
4. Клиническая картина

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника внутривенного введения лекарственных средств
2. Техника внутримышечного введения лекарственных средств

3. Техника подготовки системы для инфузионной терапии

Освоить

1. Кормление через питательный зонд
2. Гигиеническая ванна
3. Применение резиновых грелок для согревания

Тема 3. Сестринский процесс при наследственных и врожденных заболеваниях новорожденных.

Основы теоретического материала

Мультифакториальные болезни. От наследственных заболеваний следует отличать врожденные заболевания, которые обусловлены внутриутробными повреждениями, вызванными, например, инфекцией (сифилис или токсоплазмоз) или воздействием иных повреждающих факторов на плод во время беременности.

Многие генетически обусловленные заболевания проявляются не сразу после рождения, а спустя некоторое, порой весьма долгое, время.

Наследственные болезни имеют свои особенности:

1. НБ часто носят семейный характер. В то же время наличие заболевания только у одного из членов родословной не исключает наследственного характера этой болезни (новая мутация, появление рецессивной гомозиготы).
2. При НБ в процесс вовлекаются сразу несколько органов и систем.
3. Для НБ характерно прогрессирующее хроническое течение.
4. При НБ бывают редко встречающиеся специфические симптомы или их сочетания: голубые склеры говорят о несовершенном остеогенезе, потемнение мочи на пеленках — об алкаптонурии, мышинный запах — о фенилкетонурии и др.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о наследственных заболеваниях, их причинах и уходе за детьми

Вопросы к практическому занятию

1. Причины возникновения наследственных заболеваний и ВПР
2. Особенности ухода за детьми с наиболее распространенными заболеваниями
3. Медицинская помощь семье

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Измерение температуры тела в подмышечной впадине.
2. Исследование суточного диуреза и водного баланса.
3. Проведение полной и частичной санитарной обработки пациента.
4. Дезинсекционные мероприятия при выявлении педикулеза.
5. Исследование дыхания (подсчет ЧДД, исследование ритма глубины дыхания).

Освоить

1. Антропометрия
2. Подсчёт ЧСС (пульса) у детей
3. Подсчёт ЧДД

Тема 4. Сестринская помощь и сестринский процесс при инфекционных заболеваниях новорожденных.

Основы теоретического материала

Инфекционные заболевания кожи и пупка Наиболее частой причиной гнойно-воспалительных заболеваний являются дефекты ухода и стафилококковая инфекция . Однако в последнее время большое значение придают условно-патогенной кишечной флоре (кишечная палочка, протей, клебсиелла, энтеробактерия), а также синегнойной палочке. Источником болезнетворного начала являются острые и хронические очаги воспаления, латентно текущие инфекции у матери, инфицированные родовые пути, предметы ухода за новорожденными. Большое значение имеют нарушения эпидемиологического режима · обслуживающего персонала. Патологический процесс протекает или в виде локализованного очага инфекции, или как общая распространенная инфекция - сепсис. В отличие от взрослого, у новорожденного чаще наступает генерализация инфекционного воспалительного процесса.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов об инфекционных заболеваниях новорожденных.

Вопросы к практическому занятию

1. Инфекционные заболевания кожи и пупка.
2. Сепсис.

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

- Сборка шприца из крафт-пакета, набор лекарственного препарата из ампулы.
- Техника разведения и набора антибактериального препарата из флакона.
- Обработка рук на социальном уровне.
- Обработка рук на гигиеническом уровне.

Освоить

1. Обработка волосистой части головы при гнейсе
2. Обработка пупочной ранки при катаральном омфалите

Тема 5. Сестринский процесс при аномалиях конституции

Основы теоретического материала

Конституция организма (constitutio – состав, устройство) – это комплекс наследственных, функциональных и морфологических особенностей организма, которые определяют его реакцию на различные воздействия внешней среды.

Аномалии конституции – диатезы (diathesis – предрасположение, склонность к чему-либо). Диатез – это аномалия конституции, которая проявляется неадекватной реакцией на обычные внешние факторы и определяет предрасположенность организма к развитию определенных патологических процессов и заболеваний.

Выделяют четыре типа диатезов:

- Экссудативно-катаральный
- Аллергический
- Лимфатико-гипопластический
- Нервно-артритический

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов об аномалиях конституции, их причинах и проявлениях

Вопросы к практическому занятию

1. Понятие о конституции. Аномалии конституции. Виды диатезов.
2. Атопический дерматит. Уровень заболеваемости. Причины и факторы риска атопического дерматита.
3. Клинические проявления атопического дерматита у детей раннего возраста, осложнения. Диагностика и принципы лечения. Сестринский процесс при атопическом дерматите.
4. Профилактика атопического дерматита

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Обработка рук на социальном уровне.
2. Обработка рук на гигиеническом уровне.
3. Приготовление дезинфицирующего раствора в соответствии с инструкцией по применению.

Освоить

Обработка кожи при опрелостях

Тема 6. Сестринский процесс при дистрофиях и гельминтозах

Основы теоретического материала

Гельминтозы – заболевания, развивающиеся при локализации в организме паразитических червей-гельминтов и их личинок. Классификация гельминтозов:

- 1) по биологическому принципу: нематодозы (круглые черви), цестодозы (ленточные), трематодозы (сосальщики);
- 2) по эпидемиологическому: геогельминтозы, биогельминтозы, бонтактные

Дистрофии - патологические состояния, которые характеризуются не только изменением показателей физического развития, но и нарушением функционально-морфологического состояния внутренних органов и систем, нарушением обменных процессов, иммунитета, вследствие недостаточного или избыточного поступления или усвоения питательных веществ.

Нормотрофия (эйтрофия) - термин предложил Тур. Подразумевает следующее: ребенок с чистой, розовой, бархатистой кожей, нормальным тургором, равномерным распределением подкожно-жировой клетчатки, без признаков нарушения внутренних органов и систем, нормальными показателями физического, моторного, психического развития, редко болеющий, легко переносящий инфекционные заболевания, отличается хорошим аппетитом и положительным эмоциональным тонусом.

Гипоплазия - термин предложил Сперанский. Включает в себя следующее: нормальный здоровый ребенок, который укладывается в понятие эйтрофии, но маленького роста. Подчеркнем, что это норма, а не патология (дети-дюймовочки).

Дистрофия - понятие собирательное. Варианты дистрофий:

Дети первых двух лет жизни:

- I. Дистрофия типа гипотрофии - отставание массы в сравнении с ростом.

II. Дистрофии типа паратрофии - избыток массы по отношению к росту.

Старшие возраста:

III. Дистрофия типа ожирения (тучность).

В развитых странах преобладает паратрофия, в развивающихся - гипотрофия.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о различных видах гельминтозов, дистрофий и паратрофий

1. Вопросы к практическому занятию
2. Дистрофии
3. Паратрофии

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

- Измерение массы тела.
- Измерение роста.

Освоить

1. Кормление ребёнка из бутылочки
2. Кормление ребёнка из ложки и чашки
3. Кормление через питательный зонд
4. Забор материала на энтеробиоз

Тема 7. Сестринский процесс при острых и хронических расстройствах пищеварения и питания, стоматитах и рахите

Основы теоретического материала

Гипотрофия - хроническое расстройство питания у детей раннего возраста с дефицитом массы тела по отношению к длине, характеризующееся задержкой физического и нервно-психического развития, нарушением обмена веществ и снижением иммунитета. Этиология. Различают гипотрофию врожденную и приобретенную. Причинами врожденной гипотрофии могут быть различные заболевания беременной женщины, частые аборт, профессиональные вредности, плохие социально-бытовые условия и др. В постнатальном периоде к гипотрофии могут привести неблагоприятные эндо- и экзогенные факторы. К экзогенным причинам относятся: алиментарные нарушения (количественный или качественный недокорм); инфекционные факторы (острые и хронические заболевания, особенно органов пищеварения); дефекты ухода; экологические факторы; токсическое воздействие лекарственных веществ (отравления, гипервитаминозы). Эндогенными факторами являются наследственные аномалии обмена веществ (галактоземия, фруктоземия и др.), иммунодефицитные состояния, врожденные пороки развития (расщелина верхней губы, твердого нёба, пилоростеноз, врожденные пороки сердца и др.), перинатальные повреждения ЦНС, эндокринные расстройства. Патогенез. Развитие гипотрофии сопровождается глубокими нарушениями всех видов обмена веществ в 60 Сестринское дело в педиатрии организме ребенка и изменениями со стороны внутренних органов, в первую очередь ЦНС и пищеварительной системы. Процесс пищеварения складывается из поступления пищи; расщепления; всасывания; усвоения и отложения; выделения. Нарушение любого из этих этапов приводит к голоданию ребенка с развитием гипотрофии.

Рахит - это заболевание всего организма с преимущественным поражением костно-мышечной системы. Причиной развития рахита является полигиповитаминоз с преимущественным недостатком витамина Д, в результате которого, нарушается фосфорно-кальциевый обмен и происходят значительные расстройства костеобразования и нарушения функций всех ведущих органов и систем.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о гипотрофиях, причинах их появления, клинической картине рахита и стоматита

Вопросы к практическому занятию

1. Гипотрофия, ее виды и причины
2. Рахит, причины и профилактика
3. Стоматит, клиническая картина

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника закапывания сосудосуживающих и масляных капель в нос
2. Техника закапывания капель в глаза
3. Техника закапывания капель в уши
4. Техника внутрикожного введения лекарственных средств
5. Техника подкожной инъекции

Освоить

Комплекс массажа № 1

Тема 8. Реализация сестринского процесса при работе с детьми младшего и старшего школьного возраста

Основы теоретического материала

У детей младшего школьного возраста масса тела увеличивается в среднем на 3-3,5 кг в год. Затем период относительно стабильного роста заканчивается препубертатным скачком или «вытягиванием» у девочек приблизительно в возрасте 10-11 лет, у мальчиков – 12-13 лет (в это возрасте большинство девочек опережают по своему физическому развитию и силе мышц мальчиков). В младшем школьном возрасте чаще своего выявляются недостатки в физическом развитии: занятия в школе в значительной степени ограничивают двигательную активность, часто туловище на длительное время фиксируется в неправильном положении, что при недостаточном обеспечении гигиенических условий (плохо подобранная школьная и домашняя мебель, недостаточное освещение и др.) и еще сохранившейся гибкости костей позвоночника, ведет к нарушению осанки и зрения (сколиоз, миопия). Очень полезны для школьников занятия физкультурой и спортом, регулярное достаточное пребывание на свежем воздухе. В 12 лет ребенок может успешно заниматься всеми видами спорта за исключением тяжелой атлетики и конькобежного спорта (негативное влияние на осанку и недостаточное еще развитие мускулатуры). Уже упоминалось, что биологическая зрелость ребенка определяется по костному возрасту, в частности, у школьников, по срокам прорезывания постоянных зубов. К возрасту 12 лет у детей должно быть в среднем 25 постоянных зубов.

К 6-8 годам заканчивается созревание большей части коры головного мозга, формируются активные тормозные процессы, легко вырабатываются сложные условные

рефлексы. Двигательная функция развита достаточно хорошо, ускоренно развиваются сложные координированные движения мелких мышц, что позволяет успешно осваивать тонкие движения руками, необходимые при письме, рисовании, моделировании и др. К 12 годам двигательная область коры головного мозга становится вполне сходной по строению с таковой у взрослых, заканчивается формирование периферической нервной системы. Происходит освоение более сложной деятельности и игр, требующих совершенствования двигательных и мышечных навыков. Ускоренными темпами развиваются такие качества, как быстрота, ловкость, сила, выносливость. Словарный запас постепенно приближается к взрослому, устная речь более выразительна и логически развита, ребенок успешно овладевает навыками чтения и письма. Для высшей нервной деятельности характерны стабилизация тех отношений, которые были достигнуты до 7-летнего возраста и идет их дальнейшее развитие. Однако еще отсутствуют возможности длительного сосредоточения, самоконтроля и самокритики, преобладают, в основном игровые элементы деятельности. Мальчики, как правило, менее готовы к пассивной роли учеников, чем девочки. Период с 8 до 12 лет считают наиболее спокойным в развитии высшей нервной деятельности. У детей улучшается память, повышается интеллект и волевые качества. Обучение в школе дисциплинирует их, приучает к самостоятельности, умению следовать не только своим интересам, но и уступать чужим. В этом возрасте у ребенка формируются чувство долга, ответственности. У ребенка младшего школьного возраста уже появляются любимые виды деятельности, которые заполняют его досуг (хобби). Очень важным моментом развития социальной сферы личности ребенка является формирование взаимоотношений с друзьями, в коллективе сверстников. Большинство детей этого возраста не очень уверены в своей значимости, нуждаются в признании и уважении кого-то, кроме своих родителей. Для личной успешности ребенка необходимо быть человеком, уважаемым в компании одноклассников и на это надо обратить внимание и семье, и педагогам (часто родители больше интересуются оценками ребенка в школе, нежели наличием у него психологического комфорта и уверенности в себе). Следует отметить, что обычно у детей младшего школьного возраста сохраняются моральные принципы и нравственные ценности, принятые в семье, но авторитет родителей уже не безоговорочен, т.к. ребенок становится более независимым и вне дома пытается усваивать стандарты поведения сверстников (моральные принципы других семей). С конца периода младшего школьного возраста начинается половое развитие ребенка. У девочек раньше, чем у мальчиков.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов об особенностях старшего и младшего возраста

Вопросы к практическому занятию

1. Сестринский процесс при заболеваниях ребенка школьного возраста.
2. Строение и функции сердечно-сосудистой системы в разные возрастные группы. Ревматизм причины, факторы риска, клиника, лечение, профилактика, с/процесс Сестринский процесс и сестринская помощь при функциональных нарушениях и

патологии сердечно-сосудистой системы у детей, при ревматизме, при ВПС, при анемиях, лейкозах и геморрагических диатезах.

3. Реализация сестринского процесса при работе с детьми младшего и старшего школьного возраста.
4. Консультирование и обучение родителей приемам ухода за больным ребенком, проведению процедур, назначенных врачом для выполнения обученными членами семьи (применение лекарственных препаратов, проведение лечебных ванн и т.д)

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника размещения пациента в положение Фаулера и на спине.
2. Техника размещения пациента в положение Симса.
3. Техника перемещения пациента к изголовью кровати.
4. Правильная биомеханика тела в положении «стоя» и «сидя».

Освоить

1. Техника проведения пробы Манту
2. Профилактические прививки

Тема 9. Врожденные пороки сердца. Особенности течения вегетососудистой дистонии у детей

Основы теоретического материала

Врожденные пороки сердца (ВПС) - это аномалии морфологического развития сердца и магистральных сосудов, возникшие в результате нарушения процессов эмбриогенеза. Этиология. В первые 3 месяца беременности отрицательное влияние на процесс формирования сердца чаще оказывают вирусные инфекции (краснуха, корь, паротит, ветряная оспа, полиомиелит и др.), пороки сердца у матери, экзогенные и эндогенные токсические продукты, ионизирующая радиация, гиповитаминозы, беременность в возрасте старше 35 лет, заболевания половой сферы. Наиболее принятым является разделение ВПС на « синие» (с цианозом) и « белые» (без цианоза). В зависимости от состояния гемодинамики в малом и большом кругах кровообращения ВПС делятся на 3 группы. 1. Нарушения гемодинамики без цианоза с цианозом \. С обогащением малого круга кро- ОАП, ДМПП, ДМЖП - вообращения. 2. С обеднением м алого круга кро- изолированный тетрада вообращения стеноз легочной Фалло артерии 3. С обеднением большого круга коарктация аорты - кровообращения

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о ВПС

Вопросы к практическому занятию

1. Врожденные пороки сердца.
2. Особенности течения вегетососудистой дистонии у детей Сестринский процесс при врожденных пороках, уход. Профилактика.
3. Особенности течения вегетососудистой дистонии у детей.
4. Эссенциальная гипертензия, особенности течения у детей. Артериальная гипертензия.

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Измерение артериального давления на периферических артериях.
2. Измерение температуры тела в подмышечной впадине.
3. Исследование суточного диуреза и водного баланса.
4. Проведение полной и частичной санитарной обработки пациента.

Освоить

1. Ингаляции лекарственных средств через рот
2. Обработка полости рта при кандидозном стоматите

Тема 10. Сестринский процесс и сестринская помощь при анемиях, лейкозах, гемморагических диатезах

Основы теоретического материала

Анемия - это патологическое состояние организма, при котором уменьшается число эритроцитов в единице объема крови. Анемия является частым заболеванием крови у детей, особенно раннего возраста. В этом периоде рост ребенка наиболее интенсивный, и эритропоэз не успевает за постоянно растущими потребностями организма; поэтому может происходить снижение количества эритроцитов и уровня гемоглобина. Степень снижения показателей красной крови зависит от запасов железа, которые накапливаются еще в организме плода в последние 3 месяца внутриутробной жизни. В развитии анемии в раннем возрасте имеют значение также свойственная этому возрасту легкая ранимость и функциональная неустойчивость кроветворной системы к самым незначительным экзогенным факторам. Первое снижение показателей красной крови представляет собой так называемую «раннюю» или «физиологическую» анемию, которая наблюдается в возрасте 2, 5-3 месяцев у доношенных и в 1, 5-2 месяца у недоношенных детей. Поскольку она возникает в результате адаптации ребенка к новым условиям внеутробного существования, то лечения не требуется. «Поздняя» анемия развивается у доношенных детей после 6 месяцев, у недоношенных - на 3-4 месяце жизни.

Лейкозы - это злокачественные заболевания кроветворной ткани с первичной локализацией патологического процесса в костном мозгу. Пик заболеваемости лейкозами в детском возрасте приходится на возраст 3, 5-4 года. Этиология не установлена. Согласно теории онкогенных вирусов (Hubner, 1970), клетки большинства видов позвоночных содержат генетический материал онкогенных вирусов, который находится в неактивной форме. Под влиянием химических канцерогенов, радиации и других факторов, воздействующих на иммунную систему человека, вирус активизируется, вызывая развитие лейкоза.

В группу гемморагических диатезов объединяют заболевания, для которых характерна повышенная склонность к кровоизлияниям и кровотечениям. Эти симптомы возникают вследствие нарушений в системе гемостаза, который является важнейшим защитным механизмом организма, предохраняющим его от чрезмерной потери крови.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринском процессе и сестринская помощь при анемиях, лейкозах, гемморагических диатезах

Вопросы к практическому занятию

1. Анемия у детей.
2. Лейкозы: факторы риска, клиника, лечение, профилактика, с/процесс.
3. Гемморагические диатезы (васкулиты, болезнь Верльгофа, гемофилия). факторы риска, клиника, лечение, профилактика, с/процесс

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника использования средств индивидуальной защиты для профилактики профессионального инфицирования (халат, маска, колпак).
2. Мероприятия при аварийной ситуации, связанной с проколом или порезом инструментами, загрязненными кровью пациента.
3. Мероприятия при аварийных ситуациях, связанных с попаданием биологических жидкостей пациента на неповрежденную кожу и слизистые глаз, ротовой полости.
4. Мероприятия при аварийных ситуациях, связанных с повреждением емкости (пробирки), разливе биологических жидкостей

Освоить

Разведение антибиотиков

Тема 11. Сестринский процесс при заболеваниях верхних дыхательных путей

Основы теоретического материала

Болезни органов дыхания у детей занимают в статистике общей заболеваемости ведущее место. На структуру заболеваний дыхательной системы существенное влияние оказывают возрастные анатомо-физиологические особенности, тесно связанные с морфологическим делом в педиатрии филологической и функциональной незрелостью органов дыхания. Они проявляются в своеобразии реакций детского организма на инфекцию и другие повреждающие факторы. Патологический процесс при заболеваниях органов дыхания может локализоваться в различных отделах дыхательной системы.

Существует рабочая классификация болезней органов дыхания (В. К. Таточенко, С. В. Рачинский).

I. Болезни верхних дыхательных путей: 1) ринит, 2) фарингит, 3) ларингит, 4) трахеит.

II. Бронхиты: 1) острый (простой) бронхит, 2) обструктивный бронхит, 3) бронхиолит.

III. Пневмонии: 1) очаговая бронхопневмония, 2) сегментарная (полисегментарная), 3) крупозная, 4) интерстициальная. IV

Острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ) ОРВИ - полиэтиологическая группа инфекционных заболеваний, проявляющихся симптомами поражения дыхательных путей. ОРВИ занимают первое место в структуре инфекционных болезней детского возраста, причем наиболее высокие показатели заболеваемости наблюдаются среди детей организованных детских коллективов. Заболеваемость у организованных детей в 3 раза выше. Выделяют группу часто болеющих детей, которые в течение года болеют ОРВИ 3-4 раза и более. Наиболее частыми агентами, вызывающими ОРВИ у детей в детских коллективах, являются вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синтициальные вирусы. На их долю даже в межэпидемический период приходится около половины всех острых респираторных заболеваний. Эпидемиология. Источником заражения является больной человек или вирусоноситель. Механизм передачи респираторной вирусной инфекции - воздушно-капельный. Здоровый человек заражается,

вдыхая инфицированные капли слюны и мокроты, выбрасываемые при чихании больного на расстояние до 2 м, при кашле - до 3-3,5 м. Входными воротами большей частью является слизистая оболочка ротоглотки, а также слизистая оболочка ряда других отделов дыхательного тракта.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринском процессе при заболеваниях верхних дыхательных путей

Вопросы к практическому занятию

1. Заболевания верхних дыхательных путей.
2. Острый назофарингит.
3. Острый ларингит.
4. Острый трахеит.
5. Острый бронхит.
6. Факторы риска, клиника, лечение, профилактика, с/процесс

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника взятия мазка из зева и носа для бактериологического исследования

Освоить

Взятие мазка из носа и зева на бактериологическое исследование

Тема 12. Сестринский процесс при пневмонии и бронхиальной астме

Основы теоретического материала

Острая пневмония - это острый воспалительный процесс в паренхиме легких, который характеризуется признаками интоксикации, дыхательной недостаточностью, локальными физикальными изменениями и характерными рентгенологическими параметрами.

Бронхиальная астма - это хроническое заболевание, характеризующееся периодически возникающими приступами экспираторной одышки (удушья), связанными с нарушением бронхиальной проходимости. В детском возрасте выделяют три основные формы бронхиальной астмы: 1) атопическую, 2) инфекционно-аллергическую и 3) смешанную. Этиология. В развитии атопической формы имеет значение сенсibilизация к неинфекционным аллергенам, к которым относятся пищевые и лекарственные аллергены, домашняя пыль, пыльца растений, шерсть и перхоть животных. Особую роль в возникновении инфекционно-аллергической формы играют вирусы (гриппа, парагриппа, РС-вирусы), бактерии и грибы. Развитию заболевания способствуют неблагоприятные психогенные и метеорологические воздействия, чрезмерная физическая нагрузка. Патогенез. В развитии всех форм бронхиальной астмы важное значение имеют аллергические механизмы. Склонность к аллергическим реакциям в значительной: 114 Сестринское дело в педиатрии мере определяется наследственной предрасположенностью. Приступ бронхиальной астмы обусловлен обструкцией дыхательных путей вследствие повышенной чувствительности трахеи и бронхов к различным раздражителям. Нарушение проходимости бронхов связано с бронхоспазмом, воспалительным отеком слизистой оболочки, обструкцией мелких бронхов вязкой, плохо эвакуируемой мокротой.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринский процессе при пневмонии и бронхиальной астме

Вопросы к практическому занятию

1. Сестринский процесс при пневмонии : причины, факторы риска, клиника, лечение, профилактика Осуществления сестринского ухода
2. Сестринский процесс при бронхиальной астме: причины, факторы риска, клиника, лечение, профилактика Осуществления сестринского ухода

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Дезинсекционные мероприятия при выявлении педикулеза.
2. Исследование дыхания (подсчет ЧДД, исследование ритма глубины дыхания).
3. Помощь пациенту при лихорадке в зависимости от периода лихорадки.

Освоить

Разведение антибиотиков

Тема 13. Сестринская помощь и уход при заболеваниях органов пищеварения.

Основы теоретического материала

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки являются наиболее распространенными среди всех болезней органов пищеварения у детей и составляют 58-65% в структуре детской гастроэнтерологической патологии, то есть 100 - 1 50 на 1 000 детей. Острый гастрит Острый гастрит - острое воспаление слизистой оболочки желудка. 1 54 Сестр и нское дело в педиатрии Этиология. Основными причинами возникновения острого гастрита являются: пищевая токсикоинфекция, употребление недоброкачественной пищи, количественные пищевые перегрузки желудка, употребление грубой пищи или недостаточное пережевывание ее, отравление бытовыми ядами, аллергия, а также длительное применение некоторых лекарственных средств (сульфаниламиды, салицилаты).

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринская помощь и уход при заболеваниях органов пищеварения пограничных

Вопросы к практическому занятию

1. Заболевания органов пищеварения: Гастродуоденит. Язвенная болезнь желудка. Сестринская помощь и уход при заболеваниях органов пищеварения.
2. Составление планов сестринского ухода. Психологическая подготовка к проведению вмешательств: особенности проведения с детьми разного возраста.

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника постановки очистительной клизмы
2. Техника постановки сифонной клизмы

3. Техника постановки гипертонической клизмы
4. Техника постановки масляной клизмы

Освоить

1. Кормление ребёнка из бутылочки
2. Кормление ребёнка из ложки и чашки
3. Кормление через питательный зонд

Тема 14. Пограничные состояния новорожденных. Недоношенные дети.

Основы теоретического материала

Дискинезия желчевыводящих путей - это функциональное заболевание, связанное с нарушением регуляции желчевыделения в двенадцатиперстную кишку. Эта патология представляет собой определенный тип холестаза.

Наиболее часто причинами дискинезии желчевыводящих путей являются погрешности в диете (нерациональное вскармливание на первом году жизни, нарушение режима питания, злоупотребление жирной пищей), психотравмирующие ситуации, хронические очаги инфекции, заболевания желудочно-кишечного тракта, глистная инвазия, малоподвижный образ жизни, отравления, экопатология. Особое значение в развитии дискинезии желчевыводящих путей имеет лямблиоз кишечника. Лямблии - одноклеточные простейшие, обитают в просвете двенадцатиперстной кишки, максимально концентрируются в области Фатерова соска и нарушают процесс выделения желчи. Различают два основных типа дискинезии желчевыводящих путей: гипотонический тип и гипертонический тип. При гипотоническом типе дискинезии снижается тонус и двигательная активность желчных путей особенно желчного пузыря и сфинктера Одди, в результате чего происходит застой желчи. При гипертоническом типе - тонус желчного пузыря и сфинктеров повышены, что нарушает процесс оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов пограничных состояниях новорожденных, недоношенности детей и ее причинах

Вопросы к практическому занятию

1. Дискинезия ЖВП: причины, факторы риска, клиника, лечение, профилактика, сестринский уход.
2. Сестринская помощь и уход при дискинезии ЖВП.
3. Составление планов сестринского ухода. Психологическая подготовка к проведению вмешательств: особенности проведения с детьми разного возраста.

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника промывания желудка через толстый желудочный зонд
2. Взятие желудочного содержимого для исследования секреторной функции желудка с парентеральным раздражителем
3. Техника проведения дуоденального зондирования

Освоить

Промывание желудка у детей разного возраста

Тема 15. Болезни мочеполовой системы

Основы теоретического материала

Гломерулонефрит (ГН) в настоящее время рассматривается как инфекционно-аллергическое заболевание. Поражается в основном клубочковый аппарат почек. Наиболее часто страдают дети младшего школьного возраста (7-12 лет). Чаще болеют мальчики. Этиология. ГН следует рассматривать как полиэтиологическое заболевание, при котором роль пускового механизма (фактора) могут выполнять бета-гемолитический стрептококк группы А, стафилококк, вирусы. Предрасполагающими факторами развития ГН могут быть: профилактические прививки, наличие хронических очагов инфекции, частые ОРВИ, отягощенная наследственность, аллергия. Провоцирующие факторы: переохлаждение, снижение сопротивляемости организма.

Пиелонефрит (ПН) - это микробно-воспалительный процесс в чашечно-лоханочной системе интерстициальной ткани почек.

Этиология и патогенез. Возбудителями заболевания являются кишечная палочка, клебсиелла, протей, энтерококк, синегнойная палочка, стрептококк, стафилококк, вирусы. Возможна смешанная флора. Бактериальная инфекция, как правило, предшествует ПН. Микробы попадают в почечную ткань гематогенным путем (чаще у детей грудного возраста) или восходящим путем (чаще у детей старшего возраста). Бактериальное обсеменение почек не всегда приводит к их воспалению, необходимы еще два условия: снижение иммунитета и нарушение пассажа мочи за счет врожденных аномалий лимфогенного и гематогенного и инфицирования почек лимфогенной почечной системы, запоров, глистных инвазий, сидячего образа жизни и др.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о болезнях мочеполовой системы

Вопросы к практическому занятию

1. АФО особенности системы мочеобразования и мочевыделения.
2. Болезни мочеполовой системы: гломерулярные болезни, тубулоинтерстициальные болезни почек; острый тубулоинтерстициальный нефрит.
3. Сестринский уход при заболеваниях почек у детей.

Задания к практическим занятиям:

4. Решение ситуационных задач
5. Решение тестов
6. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Сбор мочи на общий анализ и бактериологическое исследование
2. Сбор мочи по Зимницкому
3. Сбор мочи по Нечипоренко

Освоить

Использование мочеприёмников у новорождённых детей

Тема 16. Сестринский процесс при сахарном диабете у детей

Основы теоретического материала

Сахарный диабет - заболевание, связанное с абсолютной или относительной недостаточностью инсулина, приводящей к грубым нарушениям обмена веществ.

Сахарный диабет занимает первое место среди патологии эндокринной системы в детском возрасте. Выделяют два основных типа сахарного диабета: инсулинзависимый (ИЗСД) (1 тип, юношеский) и инсулиннезависимый (II тип, взрослый). Наиболее часто у детей встречается 1 тип. Этиология. Причина сахарного диабета окончательно не выяснена. Большое значение придается наследственной предрасположенности, вирусным инфекциям, аутоиммунным нарушениям. Факторами риска являются стрессовые ситуации, физические травмы, избыточное содержание в пище углеводов, ожирение, гиподинамия, необоснованная медикаментозная терапия глюкокортикоидными гормонами и диуретиками. Патогенез. В основе развития сахарного диабета лежит недостаточное количество инсулина. Недостаток инсулина приводит к резкому нарушению обмена глюкозы. Глюкоза накапливается в крови и развивается гипергликемия (в норме уровень глюкозы в крови составляет 3,3-5,5 ммоль/л).

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринском процессе при сахарном диабете у детей

Вопросы к практическому занятию

Задания к практическим занятиям:

4. Решение ситуационных задач
5. Решение тестов
6. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Сбор мочи на сахар
2. Техника введения масляных препаратов, инсулина, гепарина, 10% раствора хлорида кальция

Освоить

Ингаляции лекарственных средств через рот

Тема 17. Сестринский процесс при заболеваниях щитовидной железы.

Основы теоретического материала

Гипотиреоз (микседема) - заболевание, обусловленное врожденным или приобретенным снижением функции щитовидной железы. Болезни внутренних органов 187 Этиология. Выделяют врожденный и приобретенный гипотиреоз. Врожденный гипотиреоз возникает в результате отсутствия щитовидной железы или задержки ее развития в процессе эмбриогенеза (воздействие токсических, химических, радиоактивных веществ или рентгеновских лучей). Приобретенный гипотиреоз бывает первичный и вторичный. Первичный гипотиреоз возникает в результате оперативного лечения различных заболеваний щитовидной железы, лечения радиоактивным йодом, лучевой терапии злокачественных заболеваний органов, расположенных на шее, неадекватного лечения тиреотоксическими средствами, опухолей, острых и хронических инфекций щитовидной железы, пороков развития щитовидной железы. Вторичный гипотиреоз возникает при воспалительных, деструктивных или травматических поражениях гипофиза, гипоталамуса. Патогенез. Снижение уровня тиреоидных гормонов ведет к угнетению всех видов обмена, тормозятся окислительные реакции и основной обмен. Эти изменения приводят к

нарушению функций клеток центральной нервной системы и тем самым к снижению психической активности.

Диффузно-токсический зоб или базедова болезнь (ДТЗ) - заболевание, возникающее в результате повышенной продукции тиреоидных гормонов и проявляющееся диффузным увеличением щитовидной железы. Этиология. В настоящее время ДТЗ рассматривается как генетическое аутоиммунное заболевание. Провоцирующими факторами могут служить вирусные заболевания, эмоциональное напряжение, избыточная инсоляция. Болезнь чаще развивается у девочек в препубертатном и пубертатном возрасте .

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринский процесс при заболеваниях щитовидной железы. Вопросы к практическому занятию

1. Заболевания щитовидной железы.
2. Понятие гипотиреоз, гипертиреоз. Причины, факторы риска, принципы диагностики, лечения, профилактики эндемического зоба.
3. Сестринский процесс при заболеваниях щитовидной железы. Составление плана ухода за больным

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Заполнение системы для внутривенного капельного вливания.
2. Проведение процедуры внутривенного капельного вливания.
3. Техника взятия крови из периферической вены

Освоить

Применение резиновых грелок для согревания

Тема 18. Сестринский процесс при различных формах туберкулеза у детей.

Основы теоретического материала

Туберкулез - это инфекционное заболевание, которое характеризуется длительным течением. Возбудитель туберкулеза - туберкулезная микобактерия (МБТ), микроорганизм, занимающий промежуточное положение между бактериями и грибами. Микобактерию туберкулеза нередко называют бациллой Коха (БК). Бацилла Коха достаточно устойчива во внешней среде, длительно сохраняется в пыли. Разрушается под действием высоких температур, солнечного света, концентрированных хлорсодержащих дезинфицирующих средств . Максимальный радиус ее распространения 2 метра, что свидетельствует о незначительной летучести туберкулезной палочки. Основной механизм передачи туберкулеза - воздушно-капельный, который реализуется аэрозольным и пылевым путями. Возможна передача возбудителя туберкулеза контактным, пищевым (чаще через молоко), трансплацентарным путем. Попадая во внутренние органы, микроорганизм вызывает в ткани образование мелких бугорков (гранулем), склонных к «творожистому» распаду

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринский процесс при различных формах туберкулеза у детей

Вопросы к практическому занятию

1. Сестринский процесс при различных формах туберкулеза у детей.
2. Сестринская деятельность по профилактике и обеспечению инфекционной безопасности пациента и персонала. Проведение диагностических процедур.
3. Проведение противоэпидемических мероприятий в очаге

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Сбор мокроты на общий анализ и микобактерии туберкулеза
2. Техника взятия мазка из зева и носа для бактериологического исследования

Освоить

Техника проведения пробы Манту

Тема 19. Сестринский процесс и сестринская помощь при кори, коревой краснухе, скарлатине

Основы теоретического материала

Корь - острое высококонтагиозное инфекционное заболевание, вызываемое вирусом и характеризующееся цикличностью течения. Вирус кори не устойчив во внешней среде, обладает значительной летучестью (способен распространяться с током воздуха на значительные расстояния: в соседние комнаты, через коридоры и лестничные площадки в другие квартиры, по вентиляционной системе с нижнего этажа на верхний). Механизм передачи инфекции воздушно-капельный. Восприимчивость к кори чрезвычайно высока. Инкубационный период кори продолжается от 7 до 17 дней, при введении иммуноглобулина может увеличиваться до 21 дня. В клинической картине выделяют три периода: катаральный (3-4 дня), период высыпания (3-4 дня) и период пигментации (4-5 дней).

Краснуха - острое инфекционное заболевание, практически безвредное для детей, характеризующееся кореподобной сыпью. Возбудитель заболевания вирус. Он неустойчив во внешней среде, не обладает выраженной летучестью.

Механизмы передачи инфекции воздушно-капельный, трансплацентарный. Особую опасность краснуха представляет для беременных женщин, так как вирус краснухи имеет тропизм к эмбриональной ткани и обладает тератогенным действием (повреждающим действие на плод). Инфицирование плода может привести к его гибели или развитию тяжелых врожденных пороков развития. При врожденной краснухе наиболее часто развивается триада аномалий развития, получившая название «классического синдрома краснухи»: катаракта, пороки сердца, глухота. Кроме «классического» существует «расширенный» синдром краснухи, включающий еще множество других пороков развития. Можно сказать, что нет ни одной системы, которая могла бы остаться неповрежденной при врожденной краснухе. Характер и тяжесть уродств определяется тем, в какие сроки беременности происходит заражение плода. При этом поражаются те органы и системы, которые находятся в процессе формирования так называемом критическом периоде развития. Пороки сердца, катаракта, глаукома развиваются при заболевании матери краснухой в первые 2 месяца беременности, психомоторные нарушения - при заболевании на 3-4 месяце. На уже сформировавшийся плод (после первого триместра беременности) вирус краснухи действует менее пагубно. Инкубационный период краснухи составляет в среднем 18-23 дня

Скарлатина - острое инфекционное заболевание, которое вызывается гемолитическим стрептококком группы А. Его особенностью является способность

вырабатывать экзотоксин. Гемолитические стрептококки группы А вызывают аллергическую настроенность организма в течение всей болезни, что способствует возникновению поздних осложнений. Дети в возрасте 2-7 лет наиболее восприимчивы к скарлатине. После 15 лет скарлатина встречается редко. Возбудители скарлатины довольно устойчивы во внешней среде, обладают незначительной летучестью. Основным механизмом передачи скарлатины - воздушно-капельный, однако в связи с устойчивостью возбудителя возможны контактные пути передачи.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринском процессе и сестринская помощь при кори, коревой краснухе, скарлатине

Вопросы к практическому занятию

1. Сестринский процесс и сестринская помощь при кори, коревой краснухе, скарлатине. Сестринский процесс и сестринская помощь при инфекционных заболеваниях детей различного возраста

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника взятия мазка из носа и зева для бактериологического исследования.

Освоить

Разведение антибиотиков

Тема 20. Сестринский процесс и сестринская помощь при дифтерии, коклюше.

Основы теоретического материала

Дифтерия - острое инфекционное заболевание, вызываемое токсигенными штаммами коринебактерий дифтерии, которые называют бациллы Леффлера (VL). Возбудитель дифтерии обладает значительной устойчивостью во внешней среде и незначительной летучестью. Патогенные свойства VL связаны, главным образом, с выделением экзотоксина. По способности образовывать экзотоксин дифтерийные палочки делятся на токсигенные и нетоксигенные. Заболевание дифтерией могут вызвать только токсигенные штаммы. Основным механизмом передачи дифтерийной воздушно-капельный (реализуется аэрозольным, пылевым путем). Возможна передача возбудителя контактным путем (через предметы, «третьи лица»). Описаны «пищевые» вспышки, причиной которых были инфицированные молочные продукты. Инкубационный период при дифтерии непродолжительный (2-10 дней). Типичные клинические признаки дифтерии: • фибринозная пленка: - беловато-серого цвета; - плотно спаяна с подлежащей тканью; - плюс-ткань; - постепенное, последовательное развитие симптомов дифтерийного крупа в течении-3 дней (при локализации процесса в дыхательных путях).

Коклюш - острое инфекционное заболевание, характеризующееся затяжным течением, ведущим клиническим симптомом которого является спазматический кашель. Заболевание вызывается палочкой Борде-Жангу. Она неустойчива во внешней среде, не летуча. Образует экзотоксин, который раздражает рецепторы дыхательных путей, что обуславливает приступообразный кашель и приводит к возникновению доминантного очага возбуждения в дыхательном центре ЦНС. При этом любые раздражители, не имеющие прямого отношения к кашлевому рефлексу (шум, болевые ощущения, ослепление зева), могут привести к возникновению приступа кашля. Механизм передачи инфекции воздушно-капельный. Особенностью коклюша является высокая восприимчивость к нему детей, начиная с первых дней жизни. В течении болезни различают инкубационный,

катаральный период, период спазматического кашля и разрешения болезни. Инкубационный период составляет 3-15 дней. Особенностью коклюша является постепенное нарастание клинических симптомов, достигающих наибольшей выраженности спустя 2-3 недели после появления первых признаков заболевания. Типичные клинические признаки коклюша: • упорный прогрессирующий кашель, постепенно переходящий в приступы спазматического кашля с репризами, которые усиливаются ночью и заканчиваются выделением небольшого количества вязкой прозрачной мокроты, иногда рвотой (чем легче протекает коклюш, тем реже бывает рвота)

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринском процессе при дифтерии, коклюше.

Вопросы к практическому занятию

1. Сестринский процесс и сестринская помощь при дифтерии, коклюше.
2. Сестринский процесс и сестринская помощь при инфекционных заболеваниях детей различного возраста: дифтерия, коклюш

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника внутримышечного введения лекарственных препаратов.
2. системы для внутривенного капельного вливания.
3. Техника внутривенного введения лекарственных препаратов.
4. Техника введения масляных препаратов, инсулина, гепарина, 10% раствора хлорида кальция.
5. Заполнение Проведение процедуры внутривенного капельного вливания.
6. Техника взятия крови из периферической вены.

Освоить

Профилактические прививки

Тема 21. Сестринский процесс и сестринская помощь при ветряной оспе, эпидемическом паротите, полиомиелите

Основы теоретического материала

Ветряная оспа - высококонтагиозное инфекционное заболевание, характеризующееся появлением на коже и слизистых оболочках сыпи в виде пузырьков с прозрачным содержимым. Возбудитель заболевания - вирус ветряной оспы, который близок к вирусу герпеса и неотличим от возбудителя опоясывающего герпеса. Вирус ветряной оспы не устойчив в окружающей среде, обладает выраженной летучестью (способен распространяться с током воздуха на значительные расстояния: в соседние комнаты, через коридоры и лестничные площадки в другие квартиры, по вентиляционной системы с нижнего этажа на верхний). Ветряная оспа относится к числу наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте. Практически все население переболевает ею в возрасте до 10-14 лет. Источником заболевания могут быть больные ветряной оспой и опоясывающим герпесом. Принято считать, что ветряная оспа - это проявление первичной инфекции в восприимчивом к вирусу организме, тогда как опоясывающий герпес представляет собой реактивацию патогенной инфекции в иммунном организме.

Эпидемический паротит (свинка, заушница) - инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением железистых органов (слюнных, поджелудочной желез, яичек и др.), а также ЦНС. Возбудителем заболевания является вирус, малостойчивый во внешней среде, обладающий незначительной летучестью.

Основной механизм передачи инфекции воздушно-капельный. Устойчивость в окружающей среде делает возможным перенос инфекции через третьих лиц и предметы обихода, игрушки, т. е. контактным путем, однако этот факт передачи не имеет существенного значения. В литературе имеются сообщения о возможности трансплацентарного механизма передачи.

Этиология:- при замораживании – многие годы; - в холодильнике – несколько недель; - при комнатной^о - несколько дней. I, II, III типы типоспецифические антитела

Эпидемиология: с 1997 г. – дикие штаммы не вызывают полиомиелит. Ликвидация полиомиелита. **Источник инфекции и резервуар**– человек. **Пути передачи:** - воздушно-капельный; - фекально-оральный; - циркуляция вакцинных штаммов

1. **Полиомиелит без поражения нервной системы:** 1) инаппарантная форма (вирусоносительство); 2) abortивная форма (висцеральная, «малая болезнь»); 3) менингеальная.

2. **Формы полиомиелита с поражением ЦНС:** 1) непаралитическая (серозный менингит); 2) **паралитическая:** а) спинальная (шейный, грудной, поясничный); б) бульбарная (III, IV, V, VI, VII, IX, X, XI, XII пары); в) pontинная (VII пара); г) смешанная (бульбоспинальная, pontоспинальная).

4 периода: 1) препаралитический (1-6 дней); 2) паралитический (24 часа-3 дня); 3) восстановительный (до 2-3 лет); 4) резидуальный (свыше 3 лет).

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринском процессе при ветряной оспе, эпидемическом паротите, полиомиелите

Вопросы к практическому занятию

Сестринский процесс и сестринская помощь при инфекционных заболеваниях детей различного возраста: ветряная оспа,

Сестринский процесс и сестринская помощь при инфекционных заболеваниях детей различного возраста: эпидемический паротит.

Сестринский процесс и сестринская помощь при инфекционных заболеваниях детей различного возраста: полиомиелит.

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Техника закапывания капель в нос.
2. Техника введения капель в ухо.
3. Техника введения лекарственных средств в глаз.
4. Техника введения ректального суппозитория.
5. Техника применения лекарственных средств на кожу

Освоить

Профилактические прививки

Тема 22. Острые кишечные инфекции у детей, сестринская помощь.

Основы теоретического материала

Острые кишечные инфекции (ОКИ) - группа заболеваний, основными клиническими проявлениями которых, являются диарея и рвота. По этиологическому принципу все ОКИ у детей можно разделить на две основные группы:

1. бактериальной природы: - вызываемые заведомо патогенными энтеробактериями (дизентерия, сальмонеллез, холера, иерсиниоз и др.); - вызываемые условно-патогенными микроорганизмами

2. Вирусные диареи (вызываются вирусами ЭКХО, Коксаки, ротавирусами, аденовирусами и др.). В последние годы большое значение придается условно-патогенным микроорганизмам как этиологическому фактору ОКИ, особенно у детей раннего возраста и новорожденных. Возбудители ОКИ устойчивы во внешней среде, не обладают летучестью. Механизм передачи ОКИ - фекально-оральный, который реализуется контактно-бытовым, пищевым, водным путем передачи. Инкубационный период составляет от нескольких часов до 7 дней. Все ОКИ, независимо от этиологии, клинически проявляются тремя основными синдромами. Основные синдромы ОКИ: • синдром интоксикации: - повышение температуры; недомогание, слабость, вялость; - бледно-серый цвет кожных покровов, нередко с «мраморным рисунком»; - снижение аппетита вплоть до анорексии; • синдром поражения ЖКТ = «местный синдром»: - боль в животе, тенезмы (болезненные ложные позывы на дефекацию); урчание по ходу кишечника, метеоризм; - тошнота, рвота; - диарея (частый, жидкий стул с патологическими примесями); • синдром эксикоза (обезвоживания): - сухость слизистых оболочек и кожного покрова; - снижение эластичности, тургора кожи; - потеря массы; - западение большого родничка у грудных детей; - заостренные черты лица. Основным методом специфической диагностики ОКИ, имеющим широкое практическое применение, является бактериологическое исследование кала на энтеробактерии. Данное исследование должно проводиться до начала лечения и назначения антибиотиков. Для исследования лучше использовать нативный кал.

Цель занятия

выявить, проверить и закрепить знания студентов о сестринском процессе при ОКИ

Вопросы к практическому занятию

1. Причины, пути передачи, клинические признаки, особенности течения дизентерии, сальмонеллеза, эшерихиоза у детей.
2. Роль мед.сестры в подготовке к лабораторным методам диагностики.
3. Принципы лечения и профилактики. Противоэпидемические мероприятия в очаге

Задания к практическим занятиям:

1. Решение ситуационных задач
2. Решение тестов
3. Отработка манипуляций

Манипуляции к практическому занятию

Повторить:

1. Постановка очистительной клизмы.
2. Постановка газоотводной трубки.
3. Постановка масляной клизмы.
4. Постановка гипертонической клизмы.
5. Постановка сифонной клизмы.
6. Постановка лекарственной клизмы.
7. Подготовка пациента к фиброгастроуденоскопии.

Освоить

Профилактические прививки

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Основная литература

1. Сестринское дело в педиатрии: Практикум Учебное пособие / Соколова Н.Г., Тульчинская В.Д.; Под ред. Морозова Р.Ф. - Рн/Д:Феникс, 2015. (Среднее медицинское образование) <http://znanium.com/catalog/product/527379>

Дополнительная

1. Алгоритмы сестринских манипуляций (в соответствии с технологиями выполнения простых медицинских услуг): учебно-методическое пособие/ Леснича Л.А., 2019