

*М. П. Дерюгина*

---

**Уход  
за больным  
ребенком**

М. П. Дерюгина

# **Уход за больным ребенком**

МИНСК  
«БЕЛАРУСЬ» 1982

ББК 57.33

Д36

УДК 616-053.2-083

*Рецензент Э. А. ЗУБОВСКИЙ,  
кандидат медицинских наук*

**Дерюгина М. П.**

Д 36 Уход за больным ребенком.— Мн.: Беларусь, 1982 — 64 с.  
10 к.

В брошюре, рассчитанной на массового читателя, изложены особенности возникновения и течения заболеваний в детском возрасте, рассказано о их первых признаках и тактике родителей до прихода врача, освещены правила ухода за больными детьми в зависимости от их возраста и заболевания, даны рекомендации по выполнению врачебных назначений и простейших медицинских манипуляций.

52000—022 ББК 57.33  
Д М 301(05)—82 125—82 4124030000 618Д

Детей с заболеваниями, не требующими постоянного врачебного наблюдения, обычно лечат на дому. Их посещает врач, назначает лечение, рекомендует родителям, как осуществить уход, выполнить медицинские процедуры, организовать питание. От того, насколько серьезно родители отнесутся к назначениям и рекомендациям врача, насколько точно и умело будут выполнять их, зависят успех лечения и исход заболевания, так как достоверно известно, что правильный, тщательный и терпеливый уход может поддержать силы ребенка и помочь его организму быстрее справиться с болезнью. Об уходе за больным ребенком и пойдет речь в брошюре.

## **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ НА ДОМУ**

**Уборка помещения.** Важным моментом в уходе за больным ребенком является тщательное поддержание чистоты. Заболевшего желательно поместить при возможности в отдельную комнату, в которой надо ежедневно влажной тряпкой вытирать пыль, мыть пол с добавлением в воду раствора хлорной извести (стакан 10 % раствора на ведро воды). Это особенно важно, если у ребенка подозревается или диагностируется инфекционное заболевание. Занавески или шторы на окнах следует раздвинуть пошире, чтобы в комнату поступало как можно больше света. В хорошо освещенном помещении быстрее гибнут микробы. Если ребенку неприятно смотреть на яркий свет, что бывает при заболеваниях, со-

провожающихся конъюнктивитом, кровать целесообразно повернуть так, чтобы солнечные лучи не попадали в глаза. Особое внимание должно уделяться обновлению воздуха, что повышает содержание кислорода в комнате. В теплое время года окно или форточку можно держать открытыми постоянно. В холодное время проветривать комнату необходимо утром, в обед и вечером перед укладыванием ребенка спать. На время проветривания больного можно вынести в другую комнату или хорошо укрыть. Ни насморк, ни кашель, ни высокая температура тела не должны препятствовать регулярному проветриванию. Важно следить за температурой воздуха в комнате. Для старших детей оптимальная температура воздуха в помещении — около 20°, для малышей — 21—22°.

**Постель больного** должна быть удобной. Кроватку не рекомендуется передвигать к источникам тепла, но ее не следует располагать между окном и дверью. Возле кровати хорошо поставить небольшой столик или тумбочку, на которые можно поместить питье, еду, игрушки, книжки. Нельзя держать здесь лекарства.

Постель должна быть ровной, жесткой, не прогибаться под тяжестью тела больного, иначе он длительно будет находиться в вынужденно искривленном положении. Категорически исключаются перина, поролоновые матрасы. Они слишком мягкие и к тому же могут способствовать перегреванию. Для детей первых лет жизни лучше пользоваться волосяным матрасом или матрасом из морской травы. Старшим подойдут плотные ватные матрасы с упругой поверхностью, без бугров и впадин. Для маленьких детей матрас застилают детской клеенкой. Пластик или синтетическая пленка заменить ее не могут. Подушка лучше небольшая, плоская. Одеяло нужно мягкое; в холодный период — шерстяное, летом и в теплом помещении — байковое. Обязателен пододеяльник. Уборку постели необходимо проводить ежедневно утром: одеяло и простынь следует вытряхнуть, клеенку

протереть влажной тряпкой, расправить все складки, неровности, поправить подушку. Пока перестилается постель, больного держат на руках, старшего ребенка можно поместить в кресло. Так как при постельном режиме больного во время приема пищи на постель могут попасть крошки, ее перестилают после каждого кормления, а также по мере надобности и обязательно на ночь. Постельное белье меняется не реже одного раза в неделю, при загрязнении и маленьким детям — чаще.

**Одежда больного ребенка** должна быть удобной, не причинять ему лишних беспокойств. При постельном режиме этой цели соответствует ночная рубашка с рукавами или пижама из хлопчатобумажной ткани, которая легко стирается, хорошо пропускает воздух и впитывает влагу. Маленьких детей лучше держать в ползунках из такой же ткани. Если ребенок, сидя в постели, играет, поверх можно надеть теплую кофточку. При свободном режиме ребенка лучше одевать в обычную домашнюю одежду, но так, чтобы он не перегревался. Если малыш потеет, то каждый раз, как это произошло, его необходимо насухо вытереть и переодеть в чистое сухое белье.

Белье больного и постельные принадлежности рекомендуется держать до стирки отдельно в закрывающемся бачке, отдельно следует их стирать и кипятить.

**Туалет больного ребенка.** Требования к чистоте тела больных детей такие же высокие, как и до заболевания.

*Уход за кожей* требует особого внимания, поскольку она обеспечивает защиту внутренних органов от неблагоприятных воздействий внешней среды (механических и термических повреждений, проникновения микробов и т. д.), участвует в дыхании, регуляции теплообмена, выделении из организма ряда ненужных ему веществ, в ней под влиянием солнечных лучей образуется витамин D, предохраняющий от рахита детский организм. Все эти функции кожа сможет выполнить, если будет чистой. Больного надо умывать по утрам, на ночь, мыть

ему руки перед едой и после пользования туалетом. Девочкам дошкольного и школьного возраста ежедневно утром и вечером подмывают наружные половые органы и промежность теплой водой. При этом совершают движения рукой спереди назад, чтобы не внести инфекцию в половую щель.

Купать больных детей, если врач не запрещает, надо чаще, чем здоровых. Купание, как правило, облегчает их состояние, потому что чистая обезжиренная кожа лучше осуществляет дыхательную функцию, что особенно важно при заболеваниях органов дыхания. Во-вторых, при высокой температуре тела ванна с температурой воды на 2° ниже температуры тела способствует снижению последней, что может расцениваться как лечебный фактор. Если температура тела невысокая, ванну делают обычной температуры или чуть теплее — 35—37°. Мыть детей рекомендуется детским мылом, используя при этом индивидуальную мягкую мочалку, которую после каждого пользования положено кипятить. После ванны ребенка лучше сразу же уложить в постель. Поэтому ванны целесообразно делать вечером, тем более, что они оказывают успокаивающее действие. Если ребенка нельзя искупать, кожу целесообразно протереть теплой водой или разбавленным наполовину спиртом, водкой, тройным одеколоном. Если ребенку нельзя подниматься, туалетные процедуры совершаются в постели. Перед их выполнением надо все подготовить и принести к кровати.

*Уход за ушами.* При утреннем туалете необходимо оглядеть ушные раковины, посмотреть за ушами, нет ли там сыпи, покраснения или мокнутия. Если ребенок не может подняться, чтобы умыться, ушные раковины протирают влажным полотенцем. Ватными жгутиками мягкими круговыми движениями прочищают наружные слуховые проходы.

*Уход за носом.* Первым признаком заболевания у детей нередко является заложенность носа или насморк.

Детям старшего возраста при насморке дают мягкие носовые платки. Маленьким нос осторожно вытирают кусочком марли, мягкой ветоши либо мягким носовым платком. Целесообразно использовать носовые платки разового назначения. Если под носом появляется раздражение кожи, его следует смазать вазелином или детским кремом. При заложенности носа носовые ходы прочищают смоченными водой ватными фитильками, которые вращательным движением вводят поочередно сначала в одну, а затем во вторую ноздрю. Если накопились сухие корочки, фитилек можно смочить вазелиновым маслом или рыбьим жиром.

*Уход за глазами.* При утреннем туалете маленьким детям ватным тампоном, смоченным кипяченой водой, промывают глаза. Для каждого из них берется отдельный тампон, чтобы не занести инфекцию из больного глаза в здоровый. Промывают по направлению от наружного угла к внутреннему. Когда глаза гноятся, от гноя могут склеиваться веки. В этих случаях для промывания по назначению врача используется раствор борной кислоты (чайная ложка на стакан воды). Если ребенка нельзя поднять с постели, промывание проводят, уложив его на бок (на сторону больного глаза), на подушку кладут сложенное в несколько раз полотенце.

*Уход за полостью рта.* В связи с тем, что у больных детей почти всегда нарушается слюноотделение и вследствие этого они ощущают сухость во рту, надо предлагать и помогать старшим детям часто полоскать рот и ежедневно чистить зубы. При этом гибнет и вымывается из рта много микробов, питающихся частицами оставшейся во рту пищи. Среди них немало гнилостных и болезнетворных. Полоскать рот можно кипяченой водой или слабым раствором марганцовокислого калия (розовый), раствором борной кислоты (чайная ложка на стакан воды), перекиси водорода (столовая ложка на стакан воды) или отваром ромашки, шалфея (столовая



ложка на стакан кипятка, дать постоять 10 мин, процедить). Если у ребенка стали сухими или потрескались губы, их смазывают вазелином или несоленым сливочным маслом.

**Свежий воздух — важный лечебный фактор.** Больной ребенок нуждается в свежем воздухе больше, чем здоровый, особенно с заболеванием органов дыхания, в частности с воспалением легких. Это и понятно. Ведь заболевшая часть легких как бы выключается, а здоровая работает с большой нагрузкой. В связи с этим прогулки с больным ребенком расцениваются как выполнение лечебной процедуры. Не бойтесь выносить на воздух ребенка с повышенной температурой тела. Надо его только тепло и правильно одеть, и он должен дышать через нос. При этом вдыхаемый воздух согревается, увлажняется, очищается и таким поступает в легкие. Поэтому перед прогулкой нос больного надо очистить от корочек. Если же от этого носовое дыхание не восстановилось или у малыша насморк и вынести его на улицу нет возможности, то можно организовать «прогулку в комнате»: ребенка тепло одеть или укрыть и распахнуть настежь окно. В этом случае воздух в комнате будет свежим, но более теплым и менее подвижным, чем на улице. По окончании такой «прогулки» больного следует раздеть, когда воздух в комнате согреется до 20°. И для тяжелобольных пребывание на открытом воздухе очень важно. Детей, находящихся на постельном режиме, выносят на улицу с кроваткой или укладывают на раскладушку.

**Сон — тоже лечебный фактор.** Удлинение сна повышает эмоциональный тонус, создает ровное настроение, благоприятно влияет на течение болезни, дает отдых нервной системе. Поэтому надо делать все, чтобы сон был длительным и глубоким; Перед сном обязательно проветривают комнату. Если позволяет погода, хорошо на время сна оставить открытой форточку. Перед сном

ребенку предлагают сходить в туалет или сядят его на горшок. Даже если ребенок уже поправляется и врач отменил ему постельный режим, послеобеденный отдых и сон для него очень полезны.

**Режим дня** — лечебное мероприятие. Он назначается врачом в зависимости от возраста, характера заболевания, стадии развития болезни, методов ее лечения и главное с учетом индивидуальных особенностей больного. Одни дети спокойные и даже вялые, другие возбужденные и раздражительные. Но в общем во время болезни все дети скоро утомляются в силу слабого развития приспособительных возможностей и быстрой истощаемости нервной системы. В связи с этим больной ребенок не должен переутомляться во время бодрствования, но ему вредно и скучать. Надо, следя за состоянием заболевшего, правильно чередовать его игры и развлечения.

**Психологическая обстановка.** При уходе за больным ребенком надо учитывать его настроение и некоторые психологические факторы. Малышу обычно хочется, чтобы рядом были родители. Всякие изменения в окружающей обстановке воспринимаются им болезненно. Детские слезы нередко ведут к нервному истощению организма, способствуют более затяжному течению болезни, а иногда и возникновению осложнений. Очень плохо сказывается на заболевании сосредоточение детей на своем самочувствии. В связи с чем надо стараться отвлекать их от болезни, создавать хорошее настроение, спокойную обстановку, доверительные отношения. Этому способствуют у старших детей спокойные игры, чтение, слушание радио, музыки, просмотр диафильмов и некоторых телевизионных передач. Однако эти мероприятия не должны вызывать у детей эмоциональных переживаний. Много радости доставляют им небольшие подарки, особенно в красочной упаковке.

**Питание больного ребенка** должно соответствовать его состоянию. В любом случае оно должно быть регулярным, полноценным, направленным на уменьшение патологических болезненных проявлений, учитывать возрастные особенности. От этого правила можно отступить только на короткий срок при крайне тяжелом состоянии или заболевании желудочно-кишечного тракта, когда необходима щадящая диета. При назначении лечебного питания, которое является одним из важнейших факторов терапии, учитываются характер воздействия пищевых продуктов на организм, их кулинарная обработка, а также заболевание и его течение, особенности организма.

Кормить больного довольно сложно. Как правило, такой ребенок более разборчив в пище. Он теряет аппетит, капризничает. Поэтому в организации питания следует проявить максимум терпения. Количество пищи при плохом аппетите должно быть небольшим, поскольку один вид большой порции может лишить желания есть. Пища больному готовится так, чтобы в небольшом объеме он получал все необходимое. Учитываются вкус, привычки. Надо стараться, чтобы пища внешне была красиво оформлена. Предлагать ее следует ласково, терпеливо, но настойчиво. Недопустимы принудительное кормление, угрозы. Если ребенок плохо ест из-за болей в горле, во рту, в ухе или из-за одышки, пищу дают понемногу, в жидком виде, с перерывами для отдыха. Если тяжелобольной ребенок дошкольного или школьного возраста может есть сам, удобно пользоваться специальным накрыватным столиком, чтобы не загрязнять постель. Такой столик может заменить небольшая скамеечка, покрытая салфеткой. Если ребенок поправляется и постельный режим ему уже не обязателен, желательнее кормить его за обеденным столом.

## **ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ**

**Поведение.** Наиболее часто о нездоровье малыша родители заключают по изменению его поведения. Он чаще всего становится вялым, капризничает, перестает интересоваться игрушками, отказывается от пищи, засыпает в необычное для него время или, наоборот, плачет без видимой причины.

**Плач** является сигналом тревоги, особенно по отношению к ребенку самого раннего возраста. Причин его может быть много. Плач необязательно проявление боли, чаще это признак неудобства, испытываемого младенцем. Например, ребенок кричит, когда мокрый и это раздражает его кожу, когда ему не хватает кислорода, при голоде. Плач во время кормления обычно связан с воспалительным процессом на слизистой оболочке рта или воспалением среднего уха. В последнем случае он особенно громкий и визгливый, часто бывает и ночью без связи с кормлением. Плач через несколько минут после кормления возникает обычно в связи с болезненным ощущением от распираания желудка большим количеством воздуха, который малыш засосал вместе с молоком. Этот воздух потом проникает и в кишечник, вызывая длительный плач, при котором ребенок беспокойно перебирает (сучит) ножками. Плач во время мочеиспускания указывает на воспалительный процесс в мочевыводящих путях. Плач при дефекации возникает вследствие болевых раздражений от мелких трещинок в заднем проходе. Длительный хныкающий плач, особенно по ночам, без видимой причины — свидетельство высокой нервной возбудимости ребенка.

**Температура тела.** У здорового ребенка разница утренней и вечерней температуры тела не превышает 1°. Нормальным считается колебание ее от 36 до 37°. Измеряют утреннюю температуру в 6 ч, вечернюю — в 18 ч с по-

мощью максимального медицинского термометра. Для правильного определения температуры тела термометр располагают на 8—10 мин в подмышечной впадине так, чтобы резервуар со ртутью соприкасался с кожей, которую предварительно насухо вытирают. Температура тела выше 37° свидетельствует обычно о заболевании. Как правило, дети легко переносят даже значительное повышение температуры тела, тем более что у них она может повышаться даже от незначительных причин (перегревание и др.).

Повышение температуры тела у старших детей нередко сопровождается ознобом. В этих случаях ребенка следует хорошо укрыть, обложить грелками, напоить горячим чаем. После озноба наблюдается обильное потение. Детей тогда переодевают в сухое белье, обтерев предварительно кожу. Надо иметь в виду, что степень повышения температуры тела у детей не всегда свидетельствует о серьезности или тяжести заболевания.

Врач может назначить более частое измерение температуры тела; тогда его производят через 3 ч. Не рекомендуется измерять температуру тела у спящего ребенка или оставлять его без присмотра, когда стоит термометр.

Одышка. Наиболее часто у детей развиваются острые заболевания органов дыхания, одним из главных признаков которых является одышка — учащенное дыхание. Здоровый новорожденный ребенок дышит около 40 раз в минуту, во втором полугодии жизни — 32—35 раз, в 2—3 года — 28—31, в 4—7 лет — 23—26 раз. Частоту дыхания определяют по числу колебаний грудной клетки или передней стенки живота за 1 мин.

Изменение цвета кожи. У заболевшего ребенка при высокой температуре тела кожа сухая, чаще розового либо красного цвета, горячая на ощупь. При некоторых заболеваниях кожа, наоборот, становится очень бледной. Может наблюдаться синюшный оттенок кожи вокруг

носа и рта, на конечностях или других участках тела. Заболевание может начинаться с различных высыпаний, пятен, раздражения кожи, расчесов, гнойничков.

**Пульс** у детей более частый, чем у взрослых. У новорожденных его частота составляет 140 ударов в минуту, в первом полугодии — 130 — 140, к году — 120, к 2 годам — 110, к 5 годам — 100, к 10 годам — около 85. Учащение или урежение пульса по сравнению с возрастной нормой является симптомом заболевания. Пульс учащается у детей при любом повышении температуры тела, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и др. Считать пульс у маленьких детей удобнее в височной области, приложив к ней кончики указательного и среднего пальцев, у детей постарше — в области лучезапястного сустава по наружному его краю (со стороны большого пальца). Подсчет пульса проводят, когда ребенок спокоен или спит. Частоту пульса записывают, чтобы сообщить врачу.

**Характер стула.** У здорового ребенка первого года жизни стул бывает 2—3 раза в сутки и имеет кашицеобразную консистенцию, однородный, желтого цвета и без резкого запаха. У старших детей стул оформленный, более темного цвета, 1—2 раза в день. При учащении стул становится жидким. В нем могут появиться слизь и другие неоднородные включения, он может стать пенистым, брызжущим, приобрести резкий запах, зеленый цвет. Изменение частоты стула и его внешнего вида является одним из признаков заболевания.

**Количество и вид мочи.** У грудных детей мочеиспускание произвольное и частое, на первом году жизни — до 15—20 раз в сутки. В последующие годы оно урежается. Моча у малышей прозрачная, без осадка. У старших детей моча тоже прозрачная, лишь в зависимости от особенностей питания, особенно при недостаточном употреблении жидкости, в ней может появляться осадок за счет выделения различных солей. Измене-

ние цвета и прозрачности мочи является признаком заболевания не только почек и мочевыводящих путей, но и других органов. Темная моча цвета пива бывает при заболеваниях печени, мутная — при поражении почек и мочевыводящих путей и т. д. Как увеличение, так и уменьшение частоты мочеиспускания и количества выделяемой мочи является проявлением патологии.

Собирание для исследования мочи и кала. Перед сбором мочи девочек обязательно тщательно подмывают. Для сбора мочи у мальчиков грудного возраста используют бутылочки с широким горлышком, прикрепляя их лейкопластырем к коже; у девочек можно использовать широкогорлую колбу, которая прикрепляется так же. У детей старшего возраста моча собирается в тщательно вымытые ночные горшки. При почечных заболеваниях важно знать не только состав мочи, который выявляется в лаборатории при анализе, но и число мочеиспусканий за сутки, количество мочи, выделяемой в ночное время. В этом случае объем мочи измеряется с помощью стакана или баночки известной емкости и записывается ежедневно.

Анализ кала проводят для определения степени переваривания и усвоения пищи, наличия в нем яиц глистов или каких-нибудь патологических примесей. У детей раннего возраста комочки кала берутся с пеленки, у старших — из горшка, причем из разных мест, чтобы захватить слизь и другие необычные примеси.

## **НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ**

**Термические ожоги** требуют немедленного оказания первой помощи. Ожоги открытых участков тела, вызванные кипятком, паром или кратковременным прикосновением к горячему предмету, чаще бывают небольшими и неглубокими. В таких случаях для уменьшения болей

рекомендуется как можно быстрее подставить под струю холодной воды обожженное место и держать 10—15 мин. Можно воспользоваться холодными примочками. Для чего кусок чистой мягкой ткани или марли намачивают в холодной воде и легко прикладывают к обожженному участку. По мере согревания примочки меняют, пока не пройдет острая боль. Если после этого на месте ожога остается только участок покрасневшей кожи, достаточно легко протереть его спиртом, водкой или одеколоном и для предохранения от проникновения инфекции наложить сухую стерильную повязку. При отсутствии стерильного бинта используют кусок чистой, легкой, проглаженной утюгом ткани. Если ожог более глубокий и на коже возникли пузыри, их ни в коем случае нельзя вскрывать или прокалывать. Обрабатывать пораженное место спиртом в этих случаях тоже нецелесообразно. Не следует пользоваться никакими мазевыми повязками, смазывать место ожога растительным маслом или припудривать его крахмалом, солью. Лучше просто наложить сухую стерильную повязку. Если ожог обширен, ребенка необходимо немедленно раздеть, завернуть в чистую простынь, уложить в постель и вызвать «скорую помощь». До ее прибытия дать выпить горячего сладкого чая, так как при больших ожогах ребенка часто начинает знобить.

**Химические ожоги.** Основная задача при химических ожогах — как можно быстрее смыть с кожи вещество, явившееся его причиной. Лучше всего 15—20 мин промывать пораженное место под струей воды из крана. Если ожог произошел от попадания на кожу кислоты, промывание заканчивают раствором пищевой соды (одна чайная ложка на стакан воды) или прикладывают к обожженному месту повязку, смоченную в содовом растворе. При ожоге щелочами повязку смачивают раствором борной кислоты (одна чайная ложка на стакан воды), слабым раствором столового уксуса или соком



лимона. Нельзя промывать водой лишь кожу, обожженную негашеной известью. В таких случаях пораженные участки кожи обрабатывают растительным маслом.

**Солнечные ожоги** чаще случаются в начале лета, когда незагоревшая кожа особенно чувствительна к воздействию солнечных лучей. Покрасневшие участки кожи лучше всего протереть спиртом (разведенным пополам с водой), водкой или одеколоном. Покраснение кожи при солнечных ожогах нередко сопровождается общей реакцией организма ребенка (озноб, повышенная температура тела, головная боль), особенно при так называемом солнечном ударе, развивающемся при длительном пребывании на солнце с непокрытой головой. Состояние еще больше страдает, если присоединяются явления и теплового удара вследствие перегревания. В подобных ситуациях у детей возникает не только головная боль, но и общая слабость, головокружение, шум в ушах, тошнота. При появлении первых из вышеназванных признаков ребенка следует немедленно поместить в тень или прохладное помещение, насколько возможно — раздеть, остальную одежду расстегнуть, лицо сбрызнуть холодной водой, на голову положить холодный компресс и часто его менять. Можно смочить одежду или завернуть ребенка во что-нибудь мокрое. Хорошо дать понюхать ватку с нашатырным спиртом. Если эти мероприятия не улучшат состояния, необходимо вызвать «скорую помощь».

**Отравления** наиболее часто бывают у детей дошкольного возраста в связи с тем, что большинство из них берет в рот все что ни попадает в руки. Отравления чрезвычайно опасны, если вовремя не оказана соответствующая неотложная помощь. В последнее время участились отравления таблетками. При отравлении необходимо немедленно вызвать «скорую помощь», а до ее прибытия главная задача — как можно быстрее удалить ядовитое вещество из желудка. Для этого ребенку дают

выпить несколько стаканов теплой воды, затем вызывают рвоту путем раздражения задней стенки глотки пальцем. Одновременно дается солевое слабительное (столовая ложка соли на полстакана воды). Пострадавшему обеспечивают широкий доступ свежего воздуха, дают обильное питье (чай, слизистые супы), при похолодании конечностей обкладывают теплыми грелками. Дальше ребенка должен лечить врач. Родителям следует сохранить и доставить в больницу вместе с ребенком остатки различных веществ в бутылочках, баночках или других упаковках, которые брал и, возможно, проглотил ребенок.

**Поражения электротоком.** Маленькие дети иногда шпилькой, гвоздем пытаются ковырять розетки или другие предметы, подключенные к электросети, что может закончиться трагично. В таких случаях нужно немедленно выключить электрический ток. Так как состояние пораженного ребенка обычно бывает очень тяжелым (может отсутствовать сознание и наступить остановка дыхания), необходимо срочно вызвать «скорую помощь» и приступить к проведению искусственного дыхания по методу «рот в рот» или «рот в нос». Для этого пострадавшего укладывают на спину так, чтобы голова оказалась запрокинутой кзади (подбородок должен находиться на одной линии с шеей). Одежду необходимо расстегнуть, рот и нос прикрыть чистым платком или салфеткой. После глубокого вдоха проводящий искусственное дыхание плотно прижимает свои губы к губам ребенка и, сжав пальцами его нос, делает энергичный выдох. Затем, вдыхая через нос, он постоянно выдыхает в рот ребенка. При этом грудная клетка постепенно расширяется как при вдохе. Спадение (выдох) происходит пассивно. Дыхание «рот в нос» осуществляется так же, только выдох оказывающего помощь производится не в рот, а в нос ребенка. Рот последнего в этом случае должен быть закрытым. Искусственное дыхание продол-

жается до прибытия «скорой помощи» или до восстановления самостоятельного дыхания у пострадавшего.

**Инородное тело в дыхательных путях, носу, ухе.** Очень опасно попадание при глубоком вдохе мелких предметов в дыхательные пути, так как они могут застрять на любом уровне и закрыть просвет гортани, трахеи или бронха. Острые предметы порой застревают в голосовых связках, стенке гортани. Попадание любого инородного тела в дыхательные пути вызывает сразу же резкий кашель, затруднение дыхания. Чтобы помочь ребенку, можно попробовать наклонить его голову и постучать ладонью между лопатками. Однако это редко помогает. Поэтому следует немедленно доставить пострадавшего в лечебное учреждение или вызвать «скорую помощь».

Если инородное тело попало в нос, в качестве первой помощи ребенку предлагают сильно высморкаться, закрыв другую ноздрю. Если от этого застрявший предмет не выпадает, нельзя пытаться самим удалить его каким-то образом, так как инородное тело может протолкнуться дальше. Ребенка надо доставить к врачу-специалисту. Такой же должна быть тактика при попадании мелких инородных тел в наружный слуховой проход.

Травмы у детей чаще бывают нетяжелыми и ограничиваются ушибами, ссадинами, порезами. Наиболее распространенный вид травмы у них — ранения. При этом наблюдается кровотечение из поврежденных мест, что опасно в плане проникновения инфекции. Поэтому ранку или ссадину надо хорошо промыть перекисью водорода и смазать края настойкой йода, затем наложить стерильную повязку. При небольшом кровотечении такой давящей повязки бывает достаточно. Даже при небольших ранках, если они загрязнены землей или нанесены сильно загрязненными предметами, нужно обязательно доставить ребенка в детскую поликлинику. При ушибах мягких тканей место ушиба смазывают настойкой йода и накладывают давящую повязку. При силь-

ном ушибе поверх ее хорошо положить пузырь со льдом или с холодной водой. При падении детей особенно опасны травмы головы. Внешне повреждений на голове может и не быть, но если после падения у ребенка была хотя бы однократная рвота или он жаловался на тошноту либо головокружение, то его необходимо срочно доставить в лечебное учреждение или уложить в постель и вызвать на дом врача. Назначенное в этих случаях лечение следует проводить очень строго и четко даже при хорошем самочувствии ребенка, так как последствия нелеченной травмы головы могут сказаться в дальнейшем на состоянии здоровья ребенка и его развитии.

Носовое кровотечение чаще возникает вследствие травмы носа, попадания в нос инородного тела, но может наблюдаться и при некоторых заболеваниях (гриппе, скарлатине и т. д.), при перегревании на солнце. При носовом кровотечении полезны холодные примочки на переносицу, в ноздрю можно ввести фителек из ваты, смоченной перекисью водорода, или закапать 3—5 капель этого средства. Если кровотечение происходит из сосудов переднего отдела носа, его легко остановить, прижав пальцами крылья носа к носовой перегородке на 15—20 мин. Хорошо перед зажатием вложить в передний отдел носа ватный тампон. Запрокидывать голову назад не стоит, так как это ведет к затеканию крови в носоглотку и может вызвать рвоту. При обильном кровотечении, которое не удается остановить описанными приемами, требуется срочная врачебная помощь.

## **УХОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Грипп и острые респираторные вирусные инфекции вызываются многочисленными вирусами и микробами, которые передаются от больного здоровому по воздуху

при кашле, чихании, насморке, с капельками слюны, слизи. Развитию заболевания способствует воздействие неблагоприятных факторов, понижающих общую сопротивляемость организма ребенка (хронические очаги инфекции в носоглотке, сильное переохлаждение). У детей незакаленных, изнеженных, постоянно подвергающихся перегреванию, даже легкое охлаждение ног или кратковременное пребывание на сквозняке может способствовать возникновению острых вирусных инфекций верхних дыхательных путей. В зависимости от типа вируса или микроба, вызвавшего заболевание, отмечается различие в его проявлении. В одних случаях с первого дня появляется насморк с обильными серозными выделениями из носа, иногда он сопровождается конъюнктивитом (воспаление слизистой оболочки глаз), в других — сразу возникают заложенность носа, чихание, кашель, а слизистый обильный насморк присоединяется позже. Заболевание может начаться остро и сразу сопровождаться значительным повышением температуры тела, головной болью, общим недомоганием. Но встречается и постепенное начало, когда температура тела невысокая, а общее самочувствие нарушено нерезко. При отдельных видах вирусной инфекции в клинической картине заболевания преобладают явления нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта. Одним из наиболее постоянных признаков его является кашель, который при острых респираторных вирусных инфекциях иногда обусловлен пересыханием слизистой оболочки гортани в связи с тем, что ребенок вынужден дышать ртом из-за насморка. В других случаях в гортань затекает слизь из носа и кашель носит защитный характер. Острые респираторные вирусные инфекции верхних дыхательных путей у детей раннего возраста, особенно у страдающих экссудативным диатезом, могут сопровождаться грубым кашлем, постепенным нарастанием затруднения дыхания. Такое состояние обуславливается развитием ларин-

гита (воспалительного процесса в гортани) с явлениями отека слизистой оболочки и рефлекторным спазмом мышц гортани, что ведет к резкому сужению ее просвета и созданию препятствия для прохождения воздуха. Развивается удушье. Дыхание становится шумным и слышно на расстоянии. Особенно затруднен вдох. Резкий кашель свидетельствует о распространении воспалительного процесса на слизистую оболочку трахеи и бронхов. Вначале он обычно сухой навязчивый, больше беспокоит в ночное время. Большинство детей, заболевших гриппом или ОРВИ, лечится в домашних условиях. Госпитализации подлежат дети с тяжелым течением заболевания.

В настоящее время нет специфических средств, губительно действующих на вирусы, вызывающие грипп и другие ОРВИ. Поэтому при лечении этих заболеваний назначают обычно лекарства, облегчающие проявления болезни. Антибиотики, сульфаниламидные препараты рекомендуются только при появлении осложнений. И родителям самим ни в коем случае не следует прибегать к этим лекарствам при лечении детей. Тем более что желание сразу же снизить любыми средствами повышенную температуру тела у больного ребенка не имеет под собой никакого основания, так как повышение температуры тела при вирусных заболеваниях биологически целенаправлено против вирусов, т. е. способствует выработке в организме интерферона, подавляющего их размножение.

Поэтому до прихода врача ребенка следует уложить в постель, комнату хорошо проветрить. В самом начале болезни целесообразно закапать в нос лейкоцитарный интерферон, который продается в аптеках. Закапывают его каждый час по 2 капли в ноздрю. Для этой цели можно использовать 0,25—0,5 % оксалиновую мазь. Старшим детям при обильном серозном насморке закапывают в нос санорин. Если нос просто заложен, хоро-

шо промыть его 2 % содовым раствором или слабым раствором поваренной соли. В каждую ноздрю вводят по 2 пипетки раствора. Он разжижает густую слизь и способствует лучшему ее отхождению. Когда у ребенка гноятся глаза, их промывают раствором борной кислоты или некрепким чаем. В первые дни болезни, пока у ребенка повышена температура тела, следует подержать его в постели. Когда самочувствие улучшится, температура снизится, ребенка можно спустить на пол, несколько ограничив его двигательную активность и удлинив время дневного и ночного сна. При резком кашле ребенку легче, если в помещении, где он находится, воздух не очень сухой. Для этого батареи завешивают мокрой плотной тканью, чтобы вода медленно испарялась, увлажняя воздух. Облегчить состояние детей могут горячая ванна, тепловое укутывание, горчичники на область грудины, банки на спину, теплое молоко с Боржомом или питьевой содой (0,5 чайной ложки на полстакана молока), ингаляции паром. Для этого достаточно вскипятить воду в чайнике, прибавить в нее питьевую соду из расчета одна чайная ложка на стакан воды, на носик чайника надеть длинную резиновую трубку с насаженной на другой конец воронкой и поднести последнюю к носу и рту ребенка. Вдыхание пара особенно показано при ларингите.

Влажный кашель обычно приходит на смену сухому. Тогда применяются средства, облегчающие отхождение мокроты: содовое питье, ингаляции 2 % раствора соды, 1—2 % раствора поваренной соли, скипидара (одна чайная ложка на стакан горячей воды). Лекарствами от кашля, которые продают без рецептов, можно пользоваться, если у детей старшего возраста появляется легкий кашель без нарушения самочувствия. Это грудной эликсир, нашатырно-анисовые капли, пертусин, специальные таблетки от кашля. Все они действуют как легкие отхаркивающие средства, смягчающие кашель.

Детям раннего возраста можно и должно продолжать во время болезни массаж и занятия гимнастикой при общем удовлетворительном самочувствии и температуре тела не выше 38°. Но выполняются те упражнения, которые улучшают, углубляют дыхание. С детьми дошкольного возраста проводят упражнения, способствующие удлинению выдоха, что улучшает вентиляцию легких. Хороши упражнения с растянутым произношением на выдохе звуков «з-з-з», «ж-ж-ж», «б-р-р». Занятия проводят в предварительно проветренной комнате, продолжительность их увеличивают постепенно.

Хотя при острых респираторных заболеваниях, протекающих без осложнений, самочувствие ребенка через 3—5 дней улучшается, температура тела становится нормальной, полное выздоровление затягивается до 3—4 недель. В этот период ребенку необходим облегченный режим, откладывается проведение закаливающих процедур, а профилактические прививки назначаются не ранее чем через месяц.

Воспаление легких (пневмония) является инфекционным заболеванием, вызываемым разнообразными микробами и вирусами. У детей при пневмонии нарушаются функции не только органов дыхания, но и других органов и систем. Для маленьких детей пневмония — тяжелое заболевание. Оно может начаться остро, а может и постепенно, являясь осложнением ОРВИ. Поэтому при воспалении легких у детей практически бывают все явления, свойственные ОРВИ, но состояние больных всегда тяжелее, дыхание более учащенное, появляется синюшное окрашивание кожи в области носо-губного треугольника. В акте дыхания принимает участие вспомогательная дыхательная мускулатура, что выражается в раздувании крыльев носа, покачивании сверху вниз в такт дыханию головы, во втяжении межреберных промежутков, надгрудинной и подложечной областей. Дети отказываются от еды, становятся вялыми, могут раз-



виться изменения со стороны желудочно-кишечного тракта (рвота, понос) вплоть до болей в животе, порой симулирующих аппендицит.

При воспалении легких детей первого года жизни обязательно госпитализируют, особенно если у них имеются рахит, экссудативный диатез, анемия или другие состояния, ослабляющие организм и утяжеляющие течение пневмонии. Детей старшего возраста при легком течении заболевания врач может оставить для лечения на дому. В этих случаях в первую очередь необходимы охранительный режим (продленный сон, ограждение от волнений, шумовых и световых раздражений), создание положительных эмоций. Ребенка с воспалением легких держат в постели длительно. Спустить на пол его можно через 3—5 дней после нормализации температуры тела и улучшения состояния. Свежий воздух для детей с пневмонией — лучшее лекарство. Поэтому летом окна должны быть открыты постоянно, зимой каждые 3—4 ч открывают на 20—30 мин форточку, при этом температура в помещении не должна снизиться больше чем на 2—3°.

После перенесенного воспаления легких дети берутся на диспансерный учет в детских поликлиниках и наблюдаются в течение 6 месяцев — более часто, чем здоровые; им проводятся оздоровительные мероприятия.

**Ангина** — общее инфекционное заболевание, развивается вследствие проникновения болезнетворных микробов в миндалины. Последние воспаляются, увеличиваются, краснеют и становятся болезненными, что ощущается при глотании. При ангине повышается температура тела, беспокоит головная боль, могут быть боли в суставах, мышцах. Заболевшего ребенка необходимо уложить в постель, изолировав от других детей, выделить ему отдельную посуду, белье, игрушки. Надо обязательно вызвать врача. Назначенное им лечение следует проводить пунктуально, так как даже при легком

течении ангины могут развиваться тяжелые осложнения со стороны сердца, почек, суставов. Если ангины повторяются часто, может развиваться хронический тонзиллит, который периодически дает обострения и сказывается как на самочувствии детей, так и на состоянии их здоровья из-за разнообразных осложнений.

Дети с хроническим тонзиллитом должны состоять на диспансерном учете в детских поликлиниках, периодически обследоваться, принимать противорецидивное лечение: промывание миндалин дезинфицирующими растворами, смазывание лекарственными веществами, облучение ультрафиолетовыми лучами. Если такое лечение не дает эффекта, необходимо хирургическое удаление миндалин.

**Питание детей при заболеваниях органов дыхания** зависит от тяжести состояния, повышения температуры тела и выраженности интоксикации. В первые дни болезни, когда у ребенка жар, он отказывается от еды. Попытка накормить насильно нередко заканчивается рвотой. Такое состояние длится несколько дней и связано с тем, что организм ребенка мобилизует все свои силы на борьбу с интоксикацией. Остальные функции подавлены, в том числе и выделение пищеварительных соков, продвижение пищи по кишечнику. В этих условиях находящаяся в желудочно-кишечном тракте пища должным образом не переваривается, а поэтому гнивает. Образующиеся при этом токсические вещества еще больше ухудшают состояние больного. Этим и объясняется отказ от еды в начале заболевания. Пьют же в этот период больные очень охотно, тем более, что высокая температура тела у них способствует обезвоживанию организма. Предпочитают обычно клюквенный или брусничный морс, отвары из сухофруктов, кислые соки и даже кефир. Клюква и брусника действительно полезны для температурающих больных. Они содержат значительное количество бензойной кислоты, обладающей

противогнилостным действием. Кефир таким больным также намного полезнее, чем цельное молоко, так как в процессе его производства молоко не только свертывается, но и частично расщепляется под воздействием ферментов кефирного грибка и поэтому усваивается гораздо легче. К тому же при «созревании» кефир обогащается витаминами и органическими кислотами. В первые дни болезни, если ребенок отказывается от еды, надо побольше его поить. Когда негативное отношение к пище исчезнет, рацион больного должен строиться из легкоусвояемых продуктов, в первую очередь из молочных и растительных. Можно дать мясные или рыбные бульоны. Если заболевание у маленького ребенка сопровождается учащением стула, то первые 6 ч его лучше не кормить, а только обильно поить кипяченой водой, чаем, разведенными соками, клюквенным морсом. В последующем следует сократить объем пищи на половину или треть, продолжая допаивать малыша. Детям первого года жизни, получающим прикорм, в первые дни болезни он заменяется кефиром. Через 2—3 дня в диету вводятся полужидкие и густые каши, макаронные изделия, овощные пюре. Пока температура тела остается высокой, больным не показаны жареное и отварное мясо, рыба, острые приправы и маринады, жирные блюда. Снижение температуры тела обычно сопровождается нарастанием аппетита. А это сигнал для дальнейшего расширения диеты и постепенного доведения ее до возрастной.

## **УХОД И ВСКАРМЛИВАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Особенности ухода за больным новорожденным. Больного ребенка в периоде новорожденности не просто лечат, его выхаживают. *Уход за кожей.* Кожа новорожденного тонкая, легкоранимая, очень чувствительная

к загрязнению, нуждается в тщательном уходе. Нельзя оставлять малыша в мокрых или грязных пеленках. После каждого мочеиспускания и испражнения его обязательно подмывают.левой рукой, положенной на грудную клетку младенца, он поддерживается под мышки, а правой под струей воды обмываются его промежность и ягодицы. Не рекомендуется обтирать загрязненные мочой или калом участки кожи сухим краем пеленки. Оставшиеся после этого на коже частицы испражнений, минеральных солей и шлаковых веществ мочи раздражают ее. По этой же причине недопустимо подсушивание пеленок без стирки. Все использованные пеленки необходимо стирать детским мылом, кипятить и гладить. Купать новорожденного обязательно ежедневно, лучше вечером. Для купания используют кипяченую воду или добавляют к ней раствор марганцовокислого калия до окрашивания воды в розовый цвет.

*Опрелости* особенно часто возникают, если ребенка редко купают или он остается какое-то время в мокрых пеленках. Тогда размягчается и слущивается верхний слой кожи, обнажаются глубже лежащие ее слои, что выражается в покраснении и мокнущей. Опрелости обычно бывают в паховых и ягодичных складках, на ягодицах, в подмышечных областях, на шее. Они причиняют ребенку боль. Кроме того, опрелости опасны тем, что могут явиться местом проникновения в организм различных микроорганизмов. Если опрелости появились, надо усилить уход за кожей: вытирать ее после подмывания только путем промокания чистой прокипяченной пеленкой и смазывать покрасневшие места рыбьим жиром или растительным маслом, предварительно прокипяченным и остуженным. Можно Пользоваться детским кремом. Присыпки лучше не употреблять, так как они образуют в месте мокнущей комочки, травмирующие кожу. Быстрейшему заживлению опрелостей способствуют воздушные ванны. В теплой комнате ребенка оставляют

лежать 10—15 мин с обнаженными участками тела, на которых имеются опрелости. Местные воздушные ванны целесообразно повторять несколько раз в день. Чтобы избежать общего охлаждения ребенка, можно для проведения местной воздушной ванны приспособить любой рефлектор или фен. Струю теплого воздуха направляют на опрелый участок кожи с такого расстояния, чтобы помещенная перед кожей ребенка рука взрослого ощущала легкое тепло. Для предупреждения опрелости не следует при пеленании новорожденных подкладывать куски клеенки или пленки из пластика. Используют подгузник (сложенный в 4—8 раз кусок марли или мягкой, прокипяченной, бывшей в употреблении ткани), который подкладывается под ягодицы малыша и проводится между его ножками.

*Гнойно-воспалительные заболевания кожи.* При нарушении ухода за ребенком на фоне покрасневшего участка кожи возникают наполненные гноем пузырьки. В дальнейшем гнойнички сморщиваются, на их месте образуются корочки. После отпадения последних на коже не остается никаких следов. Это пиодермия. Развивается она вследствие внедрения в кожу гноеродных микробов. Появление гнойничков на коже новорожденного всегда является поводом для обращения к детскому врачу. Если гнойничков немного, обычно рекомендуют обработать их и кожу вокруг 1 % раствором бриллиантовой зелени или метиленовой сини. При купании таких детей обязательно добавляют в воду марганцовокислый калий. Порой пиодермия ведет к более тяжелым гнойным поражениям кожи и подкожной клетчатки (абсцессы, фурункулы, а иногда и флегмоны). На месте развития абсцесса или фурункула кожа краснеет, становится плотной, припухает. При ощупывании она в этом месте более теплая. По мере развития процесса в центре покраснения появляется участок размягчения, имеющий желтый цвет в связи с образованием гноя. Такое пора-

жение кожи чаще лечится в детском стационаре. Основной предупреждения гнойно-воспалительного поражения кожи является строжайшее соблюдение чистоты: тщательное мытье рук перед прикосновением к телу новорожденного, идеальная чистота кожи малыша, его белья, постели.

*Уход за пупочной ранкой.* Обычно она заживает через 7—10 дней. На месте ее образуется втянутый рубчик. Иногда в центре пупочной ранки разрастается грануляционная ткань, образуя небольшое возвышение красноватого цвета, что задерживает заживление. При проникновении микробов пупочная ранка и окружающие ее ткани могут воспаляться, краснеть. Кожа вокруг становится отечной, в ранке появляется серозно-кровянистое отделяемое. Срок заживления затягивается до 2—3 недель. Уход за нормально заживающей пупочной ранкой сводится к содержанию ее в чистоте. При первых признаках заболевания пупка необходимо вызвать врача-педиатра, который либо направит ребенка в стационар, если у него развивается воспаление пупка (омфалит), либо назначит лечение. Во всех случаях, если есть отделяемое из пупка, пупочную ранку промывают несколько (не менее двух) раз в день 3 % раствором перекиси водорода. Этот препарат удобно накапать в пупочную ранку пипеткой, а затем образовавшуюся пену легко промокнуть стерильными ватой или кусочками бинта, после чего смазать 5 % раствором марганцовокислого калия или 5 % раствором йода. Легкое мокнутие пупка не является противопоказанием для купания новорожденного. Наоборот, купание в воде с добавлением марганцовокислого калия способствует лучшему заживлению пупочной ранки.

*Конъюнктивит* вызывают гноеродные бактерии, вирусы и другие микроорганизмы при попадании на слизистые оболочки глаз малыша. Слизистая оболочка глаз (конъюнктивы) при этом краснеет, появляется гнойное

отделяемое. При таком состоянии глаза промывают 2% раствором борной кислоты показывают новорожденного врачу. По его указанию после промывания в глаза закапывают назначенные глазные капли.

**Молочница.** У многих детей самого раннего возраста на языке, внутренней поверхности щек, твердом и мягком нёбе появляется белый налет — так называемая молочница, развивающаяся при загрязнении грибом всего, что попадает в рот ребенка (пустышки, соски, соска грудной железы, игрушек и т. д.). Налет в отдельных случаях захватывает область глотки, вызывая нарушение не только сосания, но и глотания. При молочнице по назначению врача слизистую оболочку рта несколько раз в день осторожно обрабатывают 10 % раствором буры в глицерине или обычной питьевой соды (чайная ложка на стакан воды). Таким же раствором обрабатываются перед кормлением соски-грудной железы матери или резиновые соски. Нельзя снимать налет, плотно протирая слизистую оболочку названными растворами. Для обработки лучше намотать на палец чисто вымытых рук кусочек бинта, смочить его раствором и слегка промокнуть им (без трения) каждый участок слизистой оболочки рта. Для предупреждения возникновения молочницы все предметы ухода за ребенком должны тщательно кипятиться и храниться в закрытой посуде.

**Стоматит.** Довольно часто на языке, губах и внутренней поверхности щек у детей на фоне покрасневшей и отечной слизистой оболочки появляются очажки поражения в виде небольших (до 5 мм в диаметре) круглой формы язвочек, дно которых покрыто желтовато-серым налетом (афточек). Это так называемый афтозный стоматит, развивающийся вследствие поражения полости рта инфекцией. При нем страдает общее состояние ребенка, может повышаться температура тела, из-за болей ребенок не может принимать пищу. Так как афтозный стоматит передается от больного ребенка к здо-

ровому, заболевшего желательнее изолировать, выделить ему отдельную посуду, полотенце, игрушки. Первые дни, пока состояние ребенка значительно нарушено, лучше держать его в постели, кормить жидкой негорячей пищей 3—4 раза в день, чтобы не раздражать часто поврежденную слизистую оболочку. При обильных высыпаниях перед едой можно смазать губы, язык и десны обезболивающими средствами. Кормят детей молочными продуктами, хорошо протертыми вареными овощами, разваренными кашами, вермишелью, омлетом. Мясо и рыба даются только в виде дважды пропущенного через мясорубку вареного фарша. Нельзя давать соленые и кислые блюда и продукты, ограничиваются сладости. Кроме воды поить ребенка можно настоем шиповника, нераздражающими фруктовыми и ягодными соками. При стоматите рекомендуется не менее 5—6 раз в день полоскать рот дезинфицирующими растворами: перекисью водорода (2 столовые ложки 3 % раствора на 0,5 стакана воды), марганцовокислым калием (светло-розовый раствор), взбитым с кипяченой водой белком куриного яйца (один белок на 0,5 стакана воды), содержащим лизоцим, обладающий бактерицидными свойствами, крепким теплым чаем, оказывающим вяжущее действие. Малышам, которые не могут сами полоскать рот, орошают его из резинового баллончика.

Рахит развивается у ребенка раннего возраста как следствие недостатка в организме витамина D. Запас этого витамина при рождении невелик, особенно у детей, родившихся зимой и весной, и полностью исчерпывается на первом месяце жизни. Если с конца этого месяца малыш не получает витамин D, у него развивается рахит. Ребенок становится беспокойным, крикливым, плохо спит, вздрагивает во сне. Моча приобретает аммиачный запах. Появляются потливость (бисеринки пота на лице во время кормления, мокрое пятно на подушке после сна), облысение затылка; из-за непра-



вильного роста костей образуются лобные и теменные бугры, западает переносица, отмечается искривление ног, деформируется грудная клетка, на ребрах возникают твердые бугорки, нарушаются срок и порядок прорезывания зубов. Из-за понижения мышечного тонуса меняется осанка. Для профилактики рахита детям дают рыбий жир или препараты витамина D. Кроме того, в рацион следует своевременно вводить овощи, фрукты, использовать свежий воздух и солнечный свет, а также проводить массаж и гимнастические упражнения.

К группе риска по заболеваемости рахитом относятся недоношенные дети, которые практически не имеют запаса витамина D при рождении. Меры по предупреждению рахита у недоношенных детей следует начинать не с 3-недельного возраста, как у доношенных, а с 2-недельного.

Недостаточное количество солнечных дней в наших широтах приводит порой к развитию рахита (правда, в легкой форме) у детей даже при противорахитической профилактике. Лечение этого заболевания должно быть комплексным. И одной из существенных частей этого комплекса является рациональное питание. Таким детям в связи со сдвигом у них обмена веществ в кислую сторону ограничивают мучные и крупяные блюда, полностью исключают из рациона манную кашу. Овощные блюда, богатые фосфорно-кальциевыми соединениями, способствующими укреплению костей, наоборот, вводят в диететику на месяц раньше, чем здоровым. В меню должно быть достаточное количество полноценных белков. Поэтому на месяц раньше назначаются в соответствующей кулинарной обработке мясные, рыбные и творожные блюда. Раньше, чем здоровым детям, рекомендуются и продукты, содержащие витамин D: круто сваренный яичный желток — с 3 месяцев, печеночное пюре — с 5 месяцев, мясное — с 6 месяцев, рыбное — с 7 месяцев. Уменьшают проявления рахита содержащиеся в

фруктовых и овощных соках водорастворимые витамины С, Р и др., поэтому вводить их целесообразно с 3-недельного возраста. Обязательным компонентом лечения рахита является ультрафиолетовое облучение, при котором в коже образуется витамин D. Это уменьшает проявления рахита, а также повышает сопротивляемость организма различным заболеваниям. Естественные ультрафиолетовые лучи должны максимально использоваться при лечении больных рахитом детей.

**Малокровие**, или анемия, внешне проявляется бледностью кожи и слизистых оболочек и характеризуется снижением в крови количества красных кровяных шариков (эритроцитов) или уменьшением содержания в них гемоглобина. Последний выполняет в организме функцию переносчика кислорода. Поэтому уменьшение числа эритроцитов или содержания в них гемоглобина ведет к нарушению газообмена, что неблагоприятно сказывается в первую очередь на обмене веществ, функции центральной нервной системы, сердца, почек и др. При этом заболевании главным является не медикаментозное лечение, а правильный уход за ребенком и рациональное его вскармливание, направленное на обеспечение организма достаточным количеством полноценных белков, а также минеральных солей, элементов, входящих в состав гемоглобина (железа, меди, кобальта, марганца, никеля и др.). Многие из перечисленных элементов, а также разнообразные витамины имеются в печени, содержащей к тому же и полноценный животный белок. Поэтому необходимо стараться, чтобы больной анемией ребенок как можно чаще (хорошо ежедневно) получал говяжью или телячью печень. Лучше всего на первом году жизни ее давать размельченной, добавляя к овощному пюре или бульону. Детям после года печень дают тушеной, в виде паштета, гуляша, оладий. Можно добавлять печень к мясу при изготовлении фарша. Тогда скрашивается ее специфический вкус, который обычно

не нравится большинству детей. Полноценный белок и необходимые для синтеза гемоглобина минеральные вещества содержатся и в мясе, рыбе, яйцах. Эти продукты также должны ежедневно включаться в рацион больного анемией. На первом году жизни они назначаются в соответствующей кулинарной обработке на месяц раньше, чем здоровым детям. Это же относится и к овощам, фруктам, ягодам. Фруктовые соки вводятся на неделю раньше — с 3—4-недельного возраста, а фруктовые пюре — с 1,5—2 месяцев. На месяц раньше (с трех с половиной месяцев) рекомендуется вводить и первый прикорм, обязательно в виде овощного пюре. Вышеперечисленные особенности питания детей при анемии должны соблюдаться длительно.

Детям с малокровием чрезвычайно важно организовать правильный режим, в котором большую роль играет достаточная продолжительность сна: днем три раза вместо положенных по возрасту двух или два раза вместо одного. Прогулки на свежем воздухе в любое время года — один из важнейших компонентов правильного режима дня. Зимой детей первых месяцев жизни выносят сначала на 10—15 мин, постепенно продолжительность прогулки увеличивается до нескольких часов. Дети дошкольного возраста и школьники должны гулять на воздухе зимой не менее 5 ч. Летом дети всех возрастов могут находиться на воздухе весь день. Желательно при возможности гулять с детьми вблизи проточных водоемов, фонтанов, зеленых насаждений, где воздух чище. При анемии нарушены процессы выработки и сохранения тепла, поэтому одевать детей надо достаточно тепло, но не стеснять одеждой их движений и не вызывать перегревания. Воздушные ванны показаны в любом возрасте. Для самых маленьких продолжительность их исчисляется минутами (в 2—3 месяца — 2—3 мин), во втором полугодии жизни — 8—10 мин, после года — 30 мин. Водные процедуры проводят детям раннего воз-

раста и ослабленным в виде обтираний водой, температура которой постепенно понижается от 35—37 до 26—25°. Детям постарше обтирания можно заменить теплым душем, а в летнее время при температуре воздуха 25° и выше, а воды не ниже 20° можно разрешить купание в открытом водоеме продолжительностью не более 3—5 мин. Для детей первых лет жизни, страдающих анемией, да и для старших при тяжелых ее формах солнечные ванны — сверхсильная нагрузка и поэтому противопоказаны. В ограниченной дозе их можно использовать при легкой анемии у детей после 4—5-летнего возраста.

**Экссудативный диатез** — один из видов нарушения обмена веществ. Страдают им чаще дети раннего возраста. У них на голове в теменной области появляются желтоватые корочки, кожа щек становится шероховатой, покрасневшей, на ней порой появляются мокнущие участки. Такое поражение кожи может распространяться на шею, туловище, конечности. Проявлением диатеза у самых маленьких могут быть упорные опрелости, несмотря на идеальный уход. Нередко экссудативный диатез протекает в виде изменения состояния слизистых оболочек при относительно здоровой коже. При поражении слизистых оболочек дыхательных путей у детей постоянно держатся насморк, кашель, часто повторяются острые респираторные заболевания. Преимущественное поражение слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта вызывает при обычном питании неустойчивый жидкий стул. Экссудативный диатез возникает при врожденном предрасположении к этой болезни в семье. Однако если соблюдать правильный режим питания и ухода за ребенком, то предрасположение необязательно завершается развитием этого страдания. Указанное положение касается питания женщин, особенно имевших проявление экссудативного диатеза в детстве. В период беременности и кормления ребенка грудью им не рекомендуется употреблять в пищу много яиц, коровьего молока, коп-

ченостей, клубники, земляники, цитрусовых, шоколада, какао, пряностей. В их меню должны включаться черный хлеб, побольше разнообразных овощей и фруктов.

Детям с месячного возраста необходимо постепенно вводить в питание яблочный, морковный, черносмородиновый соки. В морковном соке содержится много щелочей и каротина, из которого в организме образуется витамин А, регулирующий функцию кожи и слизистых оболочек, влияющий на рост и устойчивость к инфекционным болезням. Сок черной смородины и яблочный содержат витамины С и Р, укрепляющие стенки кровеносных сосудов и тем самым способствующие уменьшению их проницаемости.

Прикармливать детей, предрасположенных к экссудативному диатезу или страдающих им, начинают обязательно с овощного пюре. Овощные блюда, богатые щелочными солями, уменьшают задержку жидкости, что особенно важно для детей с экссудативным диатезом в связи с их рыхлостью. Овощные блюда даются несколько раз в день. Они готовятся в виде разнообразных овощных пюре, запеканок и пудингов, салатов из сырых и вареных овощей, тушатся на пару. Заправлять их полезно растительным маслом (подсолнечным, оливковым, кукурузным и т. д.), содержащим много биологически активных соединений. Наличие в нем жирорастворимых витаминов, полиненасыщенных жирных кислот способствует восстановлению нарушенных функций кожи и слизистых оболочек.

Первые блюда предпочтительнее тоже овощные: щи, борщи, овощные супы. Продукты, богатые крахмалом (мучные, крупяные, картофельные блюда), а также сахар и сладости ограничиваются, так как в процессе их переваривания образуется много кислых продуктов обмена, способствующих задержке жидкости в организме. Каши (перловую, гречневую, овсяную) лучше готовить на овощных отварах (для отвара размельченные овощи

варятся в течение 2,5—3 ч на маленьком огне) и давать не более одного раза в день. Для профилактики задержки жидкости в организме детям дошкольного возраста ограничивается количество поваренной соли до 3 г в сутки. Суточное количество белковых продуктов должно соответствовать возрастной норме. Мясные блюда предпочтительнее готовить из говядины и давать в вареном виде. При варке из мяса удаляются экстрактивные вещества, не показанные детям-экссудатикам. По этой же причине исключаются из диеты мясные бульоны (их заменяют овощными), жареные блюда, мясные и рыбные копчености, колбасные изделия, острые приправы, а также консервированные продукты, за исключением специальных консервов для детей. Молоко лучше давать, хотя бы частично, в виде кисломолочных продуктов. Большинство мам, внимательно относящихся к вскармливанию детей, сами замечают, на какой из продуктов их ребенок реагирует ухудшением состояния. Этот продукт, безусловно, исключается на время из рациона малыша. Исключаться должны и те продукты (яйца, шоколад, цитрусовые, клубника, земляника, копчености, пряности), которые наиболее часто вызывают проявление и обострение экссудативного диатеза.

Тщательного ухода требует кожа. Детей надо ежедневно купать, один раз в неделю — с детским или яичным мылом. При купании желательно прибавлять к воде отвар череды или дубовой коры. Если на голове появились корочки, не следует стремиться немедленно и полностью их удалить, так как кожа под ними изменена и может повредиться. Если слой корки большой, его целесообразно размочить каким-нибудь масляным компрессом (вазелиновым, подсолнечным и т. д.), который накладывают на несколько часов перед купанием. Тогда при купании корочки легко снимаются. Следует особенно следить за чистотой белья.

В лечении экссудативного диатеза чрезвычайно важ-

но как можно более длительное пребывание на свежем воздухе. Кислород ускоряет обмен веществ и этим благотворно действует на организм. Особенно полезны сон на воздухе и прогулки утром, когда воздух богат ультрафиолетовыми лучами. Их отменяют лишь в случаях, если мороз превышает 10°. Зимой детям с экссудативным диатезом хорошо провести ультрафиолетовое облучение в детской поликлинике.

Одежда детей должна быть свободной, не раздражать кожу грубыми швами, не ограничивать движения и не нарушать кожного дыхания. С первых месяцев жизни лучше не пеленать детей, от чего они легко перегреваются, а одевать в кофточку и ползунки.

**Нарушение функции желудочно-кишечного тракта.** Развитие органов пищеварения не завершается к моменту рождения. Становление их функции продолжается в первые годы жизни малыша. В какой-то мере с этим связано довольно частое расстройство деятельности желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. В одних случаях поводом для него является перекорм, в других — одностороннее питание, в третьих — некачественная пища или, наконец, — заражение какой-нибудь кишечной инфекцией. Могут появиться расстройства пищеварения при других заболеваниях — парентеральная диспепсия.

*Диспепсия.* Если у ребенка стул становится жидким и учащается (более 3—4 раз в сутки) или в нем появляются слизь, зелень, белые или желтые комочки, малыша обязательно надо показать врачу, которому необходимо дать четкую информацию не только о частоте стула, но и о его цвете, консистенции, запахе, а еще лучше оставить и показать пеленку с испражнениями. При жидком стуле необходимо внимательно следить за чистотой пеленок или ползунков, так как может быстро возникать раздражение кожи промежности, ягодиц и паховых складок. При любом расстройстве деятельности же-

лудочно-кишечного тракта врач назначает на определенный период разгрузку в виде водно-чайной диеты и в дальнейшем дозированное вскармливание. Если даже малыш уже через день чувствует себя хорошо и у него восстанавливается аппетит, выдержать ограничение объема пищи необходимо в полной мере. Если же частый жидкий стул у маленького ребенка сопровождается рвотой, повышением температуры, значительным нарушением общего состояния, нужно немедленно вызвать «неотложную помощь» и госпитализировать его.

*Срыгивания* у маленьких детей объясняются особенностями строения желудка. У новорожденных и детей раннего возраста желудок расположен вертикально, вход в него широкий, мышечный слой в этой зоне развит слабо. Вследствие этого при сокращениях стенок желудка для проталкивания пищи в кишечник часть ее попадает обратно в пищевод и срыгивается. Этому способствует и заглатывание воздуха при сосании. Выходя из желудка через пищевод, заглотанный воздух увлекает с собой и молоко. Заглатывают воздух обычно дети, которые очень жадно сосут или которых неправильно прикладывают к груди. Необходимо, чтобы ребенок захватывал не только сосок, но и часть околососкового кружка. При кормлении из бутылочки заглатыванию воздуха способствуют слишком большое отверстие в соске и неправильное положение бутылочки. Молоко должно выходить из соски по капле, а не выливаться струйкой. Бутылочку необходимо держать в наклонном положении и следить за тем, чтобы горлышко ее и соска все время полностью были заполнены смесью или молоком. Если есть опасения, что при кормлении воздух все-таки попал в желудок малыша, целесообразно прервать на короткое время кормление и поднять ребенка в вертикальное положение. Он срыгнет воздух, после чего кормление можно продолжить. В конце кормления желательно еще раз перевести ребенка на несколько минут в вертикаль-



ное положение. При редком срыгивании, хорошем самочувствии ребенка, нормальной прибавке массы никакие специальные меры не требуются. Если срыгивания становятся частыми да к тому же и обильными, необходимо срочно обратиться в детскую поликлинику.

*Рвота.* У отдельных детей первых месяцев жизни наблюдаются упорные обильные срыгивания и рвота без видимых причин к концу кормления или вскоре после него. Общее состояние обычно не нарушается, самочувствие и настроение хорошие, стул нормальный или редкий. Однако вследствие рвот часть пищи не усваивается и ребенок постепенно худеет. Если после рентгенологического исследования желудка выясняется, что у ребенка нет заметных органических изменений, а регистрируется лишь спазм выходной части желудка (пилороспазм), то волноваться нет оснований. Со временем это состояние пройдет. Необходимы меры, направленные на нормализацию деятельности нервной системы: спокойный длительный сон, строгое соблюдение режима дня, достаточное пребывание на воздухе. Если рвота повторяется после каждого кормления, целесообразно кормить ребенка почаще (до 10 раз в сутки), небольшими порциями. Перед прикладыванием к груди можно дать чайную ложку густой пищи, например манной каши. Если рвота наступает сразу после кормления, ребенка можно потом докормить. У некоторых детей появляется рвота функционального происхождения при введении прикорма. Бывает это обычно, если затягивается период только грудного кормления или пища длительно дается в жидком виде через соску. Дело в том, что с 3—4 месяцев в меню необходимо включать твердые, но растертые продукты (круто сваренный желток, творог, фруктовое пюре), так как именно в это время слизистая оболочка глотки приспособляется к прохождению твердых комочков пищи и готовится к восприятию прикорма: овощного пюре, каши, мясного фарша, сухариков, пе-

ченья. Если это время физиологического привыкания к крошечной пище прошло и она вводится позже, ребенок отвечает позывами на рвоту при каждой попытке дать ему твердую пищу. Рвота во время приема пищи может быть следствием насильственного кормления. Аппетит, как правило, появляется, когда желудок пуст и готов к приему новой порции пищи. При превышении пищевого рациона переваривание затягивается и ко времени следующего кормления желудок полностью не освобождается. Ребенок не хочет есть. Самое разумное в подобной ситуации — пропустить кормление. Лишь полный отказ от насильственного кормления может восстановить нормальные процессы питания.

В принципе рвота без других болезненных проявлений не свидетельствует о болезни ребенка. Однако она может быть симптомом различных заболеваний. Поэтому при рвоте у ребенка обязательно надо обратиться к врачу. Опасность рвоты еще и в том, что рвотные массы могут попасть в дыхательные пути и вызвать аспирационную пневмонию.

*Запор* — один из вариантов нарушения пищеварения. При этом в кишечнике развиваются гнилостные процессы, образуются газы с резким запахом, кишечные токсины, нарушающие состояние ребенка. Задержка продвижения пищи вызывает чрезмерное обезвоживание и уплотнение кала, что может приводить к травме слизистой оболочки заднего прохода и появлению болезненных, долго не заживающих трещин. Если у ребенка в течение дня не было стула, необходимо его вызвать клизмой. Иногда введенная вода быстро всасывается, и поэтому эффекта от клизмы нет. В этих случаях ее надо повторить. Маленьким детям клизму делают только чистой водой, так как добавление мыла вызывает ожоги слизистой оболочки прямой кишки. При болезненной дефекации (трещинки заднего прохода) желательно делать клизму из теплого рыбьего жира. Морков-

ный и томатный соки (с мякотью), пюре из чернослива или кураги, овсяная каша, кефир ускоряют продвижение пищи по кишечнику, поэтому при запорах их целесообразно использовать.

**Метеоризм** — периодическое вздутие живота, обусловленное задержкой отхождения газов. При этом малыш испытывает беспокойство и боль из-за перерастяжения отдельных участков кишечника. Отхождению газов помогает массаж передней брюшной стенки: поглаживающие круговые движения по часовой стрелке. На ночь можно сделать согревающий компресс. Тепло расслабляет мускулатуру, спазм отдельных участков снимается, и нормальная проходимость желудочно-кишечного тракта восстанавливается. При метеоризме можно давать имеющуюся в аптеках укропную воду по чайной ложке 3 раза в день. Если все это не помогло, целесообразно поставить клизму, а еще лучше — газоотводную трубку. В качестве последней используют кусочек тонкой резиновой или пластиковой трубки с закругленным концом, в котором есть отверстие. Этот конец смазывают вазелином и вводят осторожно в прямую кишку на 8—10 см. Через 30—40 мин ее осторожно извлекают.

## **ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

**Болезни системы пищеварения.** *Боли в животе* — самая частая жалоба у детей. Обычно, чем бы ни заболел ребенок, его помимо прочих явлений беспокоит боль в животе. Родители при таких жалобах ребенка должны выяснить характер болей (острые, тупые, схваткообразные, постоянные), их связь с приемом пищи, не зависят ли они от положения ребенка в постели, отходят ли газы, когда был стул и его вид, сопровождаются ли боли в животе тошнотой, отрыжкой и т. д. На боль в животе

часто указывают дети-невроты. Такие жалобы у них бывают то перед приемом пищи, то после него и обычно отсутствуют, если они чем-нибудь увлечены. Могут возникать боли в животе при длительном беге. Они вызваны усиленным кровенаполнением печени и селезенки и растяжением их капсул в связи с этим. К жалобам на боли в животе следует относиться серьезно, так как при недооценке их порой упускается начало ряда тяжелых острых заболеваний брюшной полости, требующих срочного хирургического лечения.

*Аппендицит* не так уж редко диагностируется и у детей первых лет жизни. Опасно это заболевание главным образом своими грозными осложнениями, которые быстро развиваются, если вовремя не удален очаг инфекции в червеобразном отростке слепой кишки (аппендиксе), что чаще случается при позднем обращении за медицинской помощью. У маленьких детей осложнения могут развиваться уже через 12—24 ч от начала заболевания. Поэтому промедление в своевременном оказании медицинской помощи такому больному чрезвычайно опасно. А медицинская помощь — это операция. Чтобы она была выполнена в ранние сроки, необходимо обращаться к врачу, как только у ребенка появились острые боли в животе, особенно внизу и больше в правой половине живота, сопровождающиеся повышением температуры тела (часто небольшим), рвотой. Ребенок принимает нередко вынужденное положение: лежит на правом боку с поджатыми к животу ногами. Боли в животе обычно усиливаются даже при легком надавливании на брюшную стенку в правой подвздошной области. Надо иметь в виду, что аппендицит не всегда начинается с болей в типичном месте живота. У детей слепая кишка очень подвижна и может находиться в любом месте брюшной полости. Тогда, естественно, боль при аппендиците будет беспокоить в той области, где расположены слепая кишка и отходящий от нее аппендикс. Тем

более что маленькие дети обычно указывают на весь живот или область пупка. Рвоты тоже может не быть, температура тела в начале заболевания иногда не повышается. Поэтому при жалобах ребенка на боли в животе нельзя медлить. Родители ни в коем случае не должны сами «лечить» ребенка, пожаловавшегося на боли в животе. До осмотра врача в этих случаях нельзя ставить клизм, прикладывать к животу грелку или компресс, давать слабительные средства, а также уменьшающие болевые ощущения (анальгин и др.). Разрешаются обильное питье, прием небольшого количества жидкой пищи.

*Гастрит острый.* Боли в животе (в подложечной области) и рвота у детей старшего возраста могут быть симптомом острого гастрита, развивающегося вследствие грубых нарушений питания, приема недоброкачественной пищи. В этом случае рвота сопровождается тошнотой, отрыжкой воздухом с запахом тухлых яиц, общим недомоганием, повышением температуры тела. Рвота, как правило, облегчает состояние. В первые дни при остром гастрите ребенка укладывают в постель. При позыве на рвоту его приподымают в сидячее положение с наклонным вперед туловищем и головой. После рвоты дают кипяченую воду прополоскать рот. Рвотные массы или часть их желательно сохранить в закрытой посуде и показать врачу. В течение 6—12 ч ребенка не кормят (больной орган — желудок нуждается в покое), но обильно поят некрепким чаем, кипяченой водой, 5 % раствором глюкозы, 0,9 % раствором поваренной соли. Питье дают в холодном виде (комнатной температуры), часто, небольшими порциями. Общее количество его определяется степенью жажды у больного. После периода голода можно дать немного некрепкого обезжиренного бульона или слизистого супа, киселя, жидкой каши. Лишь через 2—3 дня диета расширяется, в нее включаются отварные мясо и рыба, приготовленные в виде фар-

ша. На обычное питание ребенка переводят не ранее чем через 4—5 дней от начала заболевания.

*Гастрит хронический.* Длительное несоблюдение режима питания, сухоедение, систематическое употребление грубой пищи без соответствующей кулинарной обработки, частые острые гастриты могут привести, обычно у детей школьного возраста, к хроническому гастриту. Развитие последнего всегда связано с нарушением выделения (секреции) железами слизистой оболочки желудка ферментов. Оно может быть увеличенным или сниженным. При повышенной или нормальной секреции боли в животе (преимущественно в подложечной области) появляются через 1—2 ч после приема грубой пищи, носят приступообразный характер, могут сопровождаться отрыжкой кислым, изжогой. Аппетит обычно не страдает. Если секреция понижена, боли, как правило, тупые, возникают сразу после еды, не зависят от вида пищи, чаще наблюдаются снижение аппетита, тошнота, отрыжка воздухом с неприятным запахом, иногда рвота.

Основным в лечении хронического гастрита во всех случаях являются строгое соблюдение режима дня и питания, достаточный отдых, эмоциональный покой. Диета больного должна быть направлена на максимальное щажение слизистой оболочки желудка. Из нее исключаются острые приправы, консервы, соусы. Пища предлагается маленькими порциями 6 раз в день. В периоды обострения рекомендуется в первые дни давать ребенку жидкие молочные каши (манную, рисовую, овсяную), творожно-крупяные пудинги, паровые котлеты, белые сухари, фруктовые пюре. Через неделю в меню включают белый хлеб, яйца, сливочное масло, свежие фрукты, сливки, овощи. Объем пищи несколько увеличивается за счет перевода больного на 5-разовое питание. Еще через неделю можно перейти на 4-разовое питание и расширить диету до возрастной. Однако и в это время пища не должна быть грубой, холодной или горячей. Такое ща-

жение проводят не менее полугодом. При хроническом гастрите полезны минеральные воды. Если желудочная секреция снижена, то рекомендуются Эссендуки № 17 за 10—15 мин до еды или во время ее, при повышенной секреции — Боржоми и другие щелочные воды за час-полтора до приема пищи. Минеральные воды дают из расчета 3—4 мл на 1 кг массы 3 раза в день.

*Язвенная болезнь* желудка или двенадцатиперстной кишки у детей школьного возраста развивается обычно на фоне хронического гастрита или гастродуоденита, если процесс распространяется и на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки. При язвенной болезни боли довольно сильные появляются через 10—20 мин после еды, если процесс локализуется в желудке, или перед очередным приемом пищи («голодные», или ночные) при язвенном поражении двенадцатиперстной кишки. Кроме болей при язвенной болезни желудка бывают рвота, изжога, отрыжка. При подозрении на язвенную болезнь ребенка необходимо госпитализировать для уточнения диагноза и начала интенсивного лечения, которое затем продолжится в амбулаторных условиях. В возникновении и проявлении язвенной болезни значительная роль принадлежит функциональному состоянию нервной системы, поэтому важно обеспечить больному спокойную обстановку. Обязательны не зависимо от возраста ребенка дневной отдых не только в период обострения заболевания, но и вне его, полноценный и длительный сон в ночное время. Если ребенка беспокоят «голодные» боли, можно дать ему белый сухарик со сладким некрепким чаем. В период обострения и в течение полугодом после него не показаны физические нагрузки. Уроки физкультуры можно посещать, однако нагрузка должна ограничиваться. Можно участвовать без перегрузки в подвижных играх, ходить на лыжах, кататься на коньках, плавать в бассейне, играть в волейбол, баскетбол, но нельзя прыгать, заниматься на гимнастиче-

ских снарядах, акробатикой, борьбой, боксом, тяжелой атлетикой.

Но самое главное — соблюдение диеты. При обострении негоспитализированный ребенок в первую неделю должен получать пищу 8 раз в день. В рацион его входят молоко, сливки, кефир (до 1 л), слизистые супы со сливочным маслом, яйца всмятку, кисели, фруктовые соки, резко ограничивается употребление поваренной соли. В следующие 2 недели в меню вводят жидкие каши, сначала на половинном, а затем на цельном молоке, пудинги, паровые котлеты (мясные и рыбные), фруктовые пюре, белые сухари. Увеличивается до 10 г в сутки количество поваренной соли. Кормят ребенка 6 раз в день. С 4-й недели переходят на 5-разовое питание, включают в меню несвежий белый хлеб, картофель, овощи, мучные и крупяные блюда. Каши уже не протираются, а хорошо развариваются, мясо и рыбу дают не только в рубленном, но и в отварном виде, куском. Однако исключаются обладающие выраженным сокогонным действием мясные, рыбные и грибные бульоны, супы готовят только вегетарианские. Для них, как и для каш, можно употреблять любую крупу, за исключением пшена. Таким набором продуктов приходится обходиться 3—4 месяца. Но и после этого срока из меню исключаются соленья и маринады, копчености, мясные и рыбные консервы, острые приправы, крыжовник, красная смородина, виноград, редис, редька, газированные напитки. Постоянное соблюдение диеты — дело нелегкое для родителей и трудно приемлемое для ребенка. Родители должны стараться избегать однообразия в питании больного. При этом взрослым целесообразно перестроить свой стол так, чтобы он резко не отличался от лечебного питания ребенка.

Больным язвенной болезнью вне периода обострения рекомендуются минеральные воды источников Железноводска (Смирновская, Славяновская) по 2—4 недели в квартал.



Дети с язвенной болезнью находятся на диспансерном учете в детской поликлинике, где их даже вне обострения обследуют не реже 4 раз в первый год после обострения и по 2 раза в последующие годы, при этом назначаются курсы противорецидивного лечения (обычно весной и осенью, когда чаще всего бывают обострения болезни).

*Болезни печени и желчных путей.* Боли в животе больше в области правого подреберья могут быть при воспалении желчных путей (ангиохолите) и желчного пузыря (холецистите). У детей эта патология чаще начинается исподволь, постепенно. Ребенок бледнеет, жалуется на головную боль, неприятные ощущения, а позже — на тупые боли и тяжесть в правом подреберье, у него ухудшается аппетит. Он отказывается от жирной пищи, особенно в жареном виде, так как она ухудшает его самочувствие. Боли усиливаются при физической нагрузке и становятся со временем все более интенсивными. Поэтому надо следить, чтобы в начале заболевания ребенок не бегал, не прыгал, а соблюдал 1—1,5 недели постельный режим, даже при нормальной температуре тела. Лучше, конечно, начинать лечение в детском стационаре. По исчезновении острых проявлений болезни, когда ребенок начинает посещать школу, его освобождают на полгода от занятий физкультурой. По истечении этого срока он может заниматься в подготовительной группе и лишь через год после острых проявлений заболевания допускается к обычным занятиям физкультурой. Воспаление желчных путей и пузыря нередко принимает хроническое течение, когда обострения чередуются с длительными «светлыми» промежутками. Предупредить развитие хронической формы может только своевременно начатое и полное лечение.

Главная цель лечения — добиться усиленного выделения желчи. Именно для этого назначают (после диагностического) повторные дуоденальные зондирования и

прием желчегонных средств, включая и лекарственные травы, обладающие желчегонным действием. Принимать их надо 3—4 недели в первый курс, в дальнейшем — 2 недели каждые 2 месяца в течение полугода, а иногда и больше. Особенно упорно следует проводить физиотерапевтические процедуры.

В лечебных целях вместо дуоденального зондирования можно применять дренаж без зонда (тюбаж). Это делается в домашних условиях. Больному дают выпить натощак 25 % раствор сернокислой магнезии (до 7 лет — 2 чайные ложки, старшим — 4), или 40 % раствор глюкозы (до 7 лет — 1 столовую ложку, старшим — 2), или раствор сорбита (5 г на 50 г теплой воды). Дав лекарство, ребенка укладывают на правый бок на сделанный из подушки или одеяла валик. На область печени (правое подреберье) кладется грелка. В таком положении ребенок должен лежать 1,5 ч. При обострении дренаж делают ежедневно — 12—14 раз, в дальнейшем — 1 раз в неделю. Полезны минеральные воды, применять которые надо строго по назначению врача. Обычно рекомендуются Эссентуки № 4 или № 17, Славяновская, Смирновская, Витаутас, Нафтуса. Время приема и доза минеральной воды зависят от кислотности желудочного сока и массы ребенка (как при заболеваниях желудка). Если кислотность желудочного сока не исследовалась или неизвестна, то назначают время приема и дозу, как и при нормальной кислотности. Очень важно ликвидировать хронические очаги инфекции (гайморит, тонзиллит, кариозные зубы).

Основное в лечении — соблюдение диеты. Ребенок должен принимать пищу в одни и те же часы, понемногу, 5—6 раз в день. Это способствует улучшению оттока желчи. Меню должно включать молочные, овощные, фруктовые супы из различных круп или макаронных изделий на некрепком овощном отваре, отварное мясо (говядина, курица), нежирные сорта рыбы, растительное

и сливочное масло, яйца (не более одного в день), молоко, кефир, творог, неострые сорта сыра, гарниры из различных овощей в отварном или запеченном виде, каши, пудинги, запеканки, хлеб пшеничный немного зачерствевший, несдобные сорта печенья, сухарей, кисели, компоты, муссы, соки, кофе (только суррогат), некрепкий чай. Исключаются крепкие мясные и рыбные бульоны, копчености, мясные и рыбные консервы, острые приправы и специи, выпечка из сдобного теста, пирожные с кремом, шоколад, какао, натуральный кофе, мороженое, газированная вода. Пища должна быть хорошо проварена и протерта или приготовлена на пару (жареные блюда исключаются полностью) и подана в теплом виде. Нарушение диеты грозит обострением заболевания. Даже при хорошем самочувствии ребенок продолжительное время должен находиться под врачебным наблюдением, не менее 2 раз в год проходить обследование и принимать по назначению врача профилактические курсы лечения.

**Инфекционные болезни.** *Коклюш.* Основным симптомом коклюша является кашель. Поначалу он несильный, но, постепенно нарастая, через полторы — две недели становится приступообразным. Заканчивается приступ кашля выделением густой тягучей мокроты, а часто и рвотой. Лицо кашляющего краснеет, становится напряженным. Такой кашель продолжается месяц, а иногда и больше. Так как во время приступов кашля нормальное дыхание затрудняется, организм испытывает кислородное голодание. В связи с этим важнейшее лечебное мероприятие при коклюше — свежий воздух. На улице больной обычно успокаивается, лицо его розовеет, дыхание становится спокойным и более глубоким, мучительные приступы кашля возникают редко. Поэтому с ребенком надо как можно больше бывать на свежем воздухе, в том числе и зимой, но гулять там, где нет детей, чтобы не заразить их коклюшем. Полезно уклады-

вать спать больного на открытом воздухе, тщательно проветривать комнату, где он находится. В ней не должно быть жарко (не выше 20—21°). При приступе кашля малыша лучше взять на руки. Старших детей желательно все время занимать интересным делом (игрушками, книжками, картинками). Увлекаясь игрой, ребенок как бы забывает о болезни, и приступы кашля у него отмечаются значительно реже. Очень важно не раздражать ребенка. Всякое раздражение ведет к учащению приступов кашля и ухудшает течение болезни. Болеющих коклюшем детей необходимо часто купать. После ванны дети обычно успокаиваются, засыпают и реже кашляют. Так как приступы кашля часто сопровождаются рвотой, кормить ребенка целесообразно почаще, небольшими порциями, лучше после приступа кашля. Пищу следует давать в полужидком и теплом виде. Густые и горячие блюда способствуют возникновению приступа кашля. По этой же причине не дают шоколад и шоколадные конфеты, крепкий чай, кофе.

*Корь* — тяжелое инфекционное заболевание, очень заразное. Его возбудитель (вирус) распространяется воздушным путем. Поэтому практически большинство детей, не получивших профилактической прививки против кори (ее делают в возрасте 1 год — 1 год 2 месяца), заболевает, если контактирует с больным в помещении. В связи с тем, что вирус кори нестойк и быстро погибает вне человеческого организма, на открытом воздухе заражение происходит реже. Заразен коревой больной до окончания высыпания. Основные симптомы кори — насморк, кашель, чихание, слезотечение, покраснение глаз, светобоязнь, повышение температуры тела, беспокойство, затем появляется крупнопятнистая сыпь вначале на лице, за ушами, на шее, потом на туловище и в последнюю очередь на конечностях. Завершение высыпания, которое длится 3—4 дня, обычно совпадает с падением повышенной температуры тела. Сыпь постепенно

угасает, и, если не развиваются осложнения, ребенок начинает выздоравливать, но еще довольно долго у него остаются явления астенизации (вялость, подавленность, плаксивость, раздражительность), и он нуждается в спокойной, доброжелательной обстановке, четком соблюдении режима дня. Детям, заболевшим корью, специальное лечение не нужно. Очень важен уход. В период повышения температуры тела показан постельный режим. Комнату следует как можно чаще проветривать. Очень тщательным должен быть туалет кожи и слизистых оболочек, несколько раз в день нужно промывать глаза, чистить нос, смазывать губы, полоскать рот. Пищу больному корью дают в полужидком и жидком виде. Это главным образом молочные продукты, овощные супы и пюре, каши, протертые мясные и рыбные блюда, кисели, компоты, свежие фрукты, соки.

*Скарлатина* обычно начинается остро, с повышения температуры тела, общего недомогания: желание прилечь, отказ от еды, капризы, иногда рвота. Затем появляются боль в горле при глотании и мелкоточечная красноватая сыпь на порозовевшей коже — наиболее густая в кожных складках у крупных суставов и на внутренней поверхности бедер. У больного скарлатиной щеки ярко-розовые, а подбородок белый. Сыпь держится недолго. После ее исчезновения наблюдается шелушение кожи, особенно на ладонях и подошвах. Опасна скарлатина осложнениями, которые могут развиваться и при легком течении болезни.

Сейчас детей со скарлатиной обычно лечат дома. В первую очередь необходимы строгий постельный режим и свежий воздух. Из комнаты, где находится больной, желательно убрать все лишние вещи, особенно те, что плохо поддаются чистке и обеззараживанию. Влажную уборку рекомендуется производить с использованием слабого раствора хлорной извести или хлорамина. В первые дни заболевания аппетит у больного снижен.

Кормить его насильно нельзя. Ребенку предлагают 4—5 раз в день легкую пищу: молочные каши, кефир, кисель, компот, чай с лимоном, фрукты. Когда состояние улучшится, в меню добавляют паровые котлеты, блюда из вареного фарша, свежую рыбу, неизменно включая фрукты, овощи и соки.

Поскольку скарлатина — инфекционное заболевание, больному выделяют отдельную посуду, которую после мытья кипятят. Следует кипятить и игрушки. К ребенку не допускают других детей.

*Ветряная оспа* относится к высоко заразным инфекциям (вирус передается воздушным путем). При этом заболевании на коже появляется многоформная сыпь в виде красных узелков (папул), на вершине которых быстро образуются пузырьки, наполненные сначала светлым, а затем мутным содержимым. Пузырьки со временем лопаются, и на их месте образуются корочки, постепенно высыхающие и отпадающие. Высыпание начинается с волосистой части головы, затем распространяется на туловище, конечности и всегда сопровождается зудом. Дети нередко расчесывают кожу. А при этом в нее могут быть внесены гноеродные микробы, что ведет к гнойным осложнениям. В дни высыпания у ребенка может повышаться температура тела. Заболевших ветряной оспой детей следует изолировать до выздоровления от здоровых. Постельного режима, как правило, не требуется. Для профилактики гнойных осложнений при расчесах ребенку необходимо коротко остричь ногти, как можно чаще мыть с мылом руки и менять белье. Зуд несколько уменьшается после смазывания кожи 2 % спиртовым раствором бриллиантовой зелени или 5 % раствором марганцовокислого калия.

*Эпидемический паротит* вызывается вирусом, который поражает крупные слюнные железы (подчелюстные, околоушные). Последние симметрично с обеих сторон, иногда преимущественно с одной стороны, увеличива-

ются в размерах, что делает лицо одутловатым, в связи с чем это заболевание в народе называют «свинкой». В начале заболевания повышается температура тела. Болезненная припухлость в области околоушных слюнных желез затрудняет жевание. В отдельных случаях болезнь осложняется менингитом, воспалением яичек у мальчиков. Заболевший эпидемическим паротитом ребенок изолируется от других детей до полного исчезновения припухлости, соблюдает постельный режим, пока не нормализуется температура тела. На область пораженных желез можно наложить согревающий компресс. Пища должна быть протертой, полужидкой или жидкой: бульон, каши, овощные и фруктовые пюре, молоко, кисель, протертые свежие фрукты, ягоды, натуральные соки. Для укрепления организма показаны (по рекомендации врача) разнообразные витамины.

**Отит** — воспаление среднего уха у детей, особенно раннего возраста, возникает довольно часто. Старшие дети при этом жалуются на сильную стреляющую или пульсирующую боль в ухе, маленькие морщатся при глотании, порой отказываются от еды, плохо спят, ночью внезапно просыпаются и громко плачут. В их плаче появляются визгливые нотки.

Ушную боль при отите уменьшают обычно тепловые процедуры. Поэтому до прихода врача или консультации ребенка у отоларинголога можно наложить на больное ухо согревающий компресс. Делают его следующим образом. В центре кусочка сложенной вдвое марлевой салфетки или кусочка мягкой ткани прорезают отверстие продолговатой формы такого размера, чтобы через него прошла ушная раковина. Салфетку с отверстием в центре намачивают в теплой воде, отжимают и надевают на ухо, расправляя вокруг ушной раковины. Поверх ее накладывают кусочек лощеной бумаги размером чуть больше марлевой салфетки с таким же отверстием в центре. Сверху все покрывают слоем ваты так, чтобы

он заходил за края бумаги. Компресс укрепляют бинтом или платком, косынкой. Больше родителям без указания врача ничего нельзя делать. В тяжелых случаях, когда в полости среднего уха скапливается много гноя, острый средний отит оканчивается прорывом последнего через барабанную перепонку, что сопровождается гноетечением из наружного слухового прохода. После прорыва гноя, как правило, исчезают боли и снижается температура тела. В такой ситуации важно обеспечить хороший отток выделений из уха. Врач обычно рекомендует вводить в ухо противовоспалительные и дезинфицирующие средства. Но прежде чем их закапывать, наружный слуховой проход следует очистить от гноя и высушить. Для этого в ухо закапывают перекись водорода. При контакте с гноем она пенится, затем наружный слуховой проход высушивается сухой ваткой. Все лекарства закапываются в наружный слуховой проход подогретыми.

**Уход за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.** *Обморок* характеризуется внезапной и полной потерей сознания с ослаблением дыхания и деятельности сердца. Ребенок падает, кожа и губы его бледнеют, зрачки суживаются или резко расширяются, дыхание становится редким, поверхностным. Пульс едва прощупывается. Длится такое состояние несколько минут. Затем ребенок постепенно розовеет, приходит в сознание, начинает нормально дышать. Если такое случилось в помещении, надо открыть окна для доступа свежего воздуха, ребенка уложить горизонтально, голову — чуть ниже, расстегнуть воротник, пояс, брызнуть прохладной водой в лицо, похлопать по щекам, дать понюхать нашатырный спирт.

*Врожденный порок сердца.* В раннем возрасте патология сердца у детей встречается редко, чаще в виде врожденных пороков сердца. Такие больные берутся на диспансерный учет и не реже одного раза в квартал



осматриваются кардиологом. Хирургическое лечение этой патологии проводится обычно в возрасте 3—4 лет. А до этого главное оградить ребенка от острых вирусных и бактериальных инфекций, которые, как правило, утяжеляют состояние и могут привести к тяжелым последствиям. В уходе за такими больными очень важен режим дня, который должен предусматривать, с одной стороны, постепенную тренировку сердечно-сосудистой системы путем лечебной физкультуры, а с другой — не допускать физических перегрузок. В первую очередь проводятся дыхательные упражнения, затем они чередуются с упражнениями для рук, ног, туловища. Занятия не должны утомлять больного. Методике лечебной физкультуры родители могут обучиться в детской поликлинике или лечебно-физкультурном диспансере. Для детей с врожденными пороками сердца, в большинстве сопровождающимися кислородной недостаточностью, чрезвычайно важен свежий воздух. Независимо от состояния такие дети должны быть на воздухе как можно дольше при любой погоде. Летом желательно вывозить их за город, но не на юг. Одежда этих больных должна быть не только легкой и теплой в холодное время года, но и просторной, без тугих поясов, резинок, которые способствуют еще большему нарушению кровообращения. Если у ребенка появляется или усиливается синюшная окраска кожи, губ, возрастает одышка, не надо стремиться уложить его в постель. Лучше оставить в той позе, которую он принял сам, открыть окно, расстегнуть воротник. У детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы важно следить за количеством выделяемой мочи. При возникновении или усилении сердечной недостаточности жидкость задерживается в организме, появляются или увеличиваются отеки. Поэтому необходимо постоянно определять количество мочи, выведенной из организма больного, и сообщать об этом врачу.

*Миокардиты, эндокардиты, перикардиты* представля-

ют собой воспалительное поражение различных отделов сердца (мышечного — миокардит; внутренней оболочки — эндокардит; наружной оболочки — перикардит), развивающееся в раннем возрасте чаще как осложнение инфекционных заболеваний (скарлатины, гриппа, ОРВИ, сепсиса и т. д), тяжелых аллергических реакций, в старшем возрасте — при ревматизме. Подобные осложнения проявляются ухудшением общего состояния, повышением температуры тела, резким недомоганием, быстрой утомляемостью. Сердцебиение учащается даже в покое, отмечаются бледность кожи и слизистых оболочек, боли в области сердца. И миокардит, и эндокардит, и перикардит — заболевания очень тяжелые, могущие вести к недостаточности кровообращения. Такие больные должны немедленно госпитализироваться, поскольку они нуждаются в постоянном врачебном наблюдении и проведении интенсивной терапии.

После выписки из стационара дети в первую очередь должны тщательно соблюдать режим дня, который предусматривает более длительный, чем обычно, сон, достаточное пребывание на свежем воздухе, нормальное питание, проведение лечебной физкультуры, а часто и прием лекарственных средств. В обычный режим учебы ребенок включается постепенно. В первые месяцы после болезни учебная нагрузка уменьшается. Ребенка освобождают от второстепенных предметов, ему предоставляют дополнительные дни отдыха среди недели. Занятия физкультурой осуществляются в специальных группах, где нагрузка дозируется соответственно состоянию.

Больные с патологией сердечно-сосудистой системы обязательно берутся на диспансерный учет, систематически наблюдаются не только участковым педиатром, но и кардиологом. В летний период таких детей целесообразно вывозить на дачу, но и там необходимо строгое соблюдение режима. Только с разрешения врача ребенку можно позволить купание в открытом водоеме, пре-

бывание на солнце. В то же время очень важно для повышения устойчивости детского организма проводить закаливающие мероприятия (водные процедуры, воздушные ванны), занятия гимнастикой. Не менее важным моментом является установление и немедленное тщательное лечение всех очагов хронической инфекции.

*Ревматизм* развивается преимущественно в детском возрасте, обычно вскоре после перенесенной ангины или другой стрептококковой инфекции и представляет собой заболевание, при котором больше всего страдает сердце. В начале заболевания могут наблюдаться боли и припухлость в области суставов. Но наибольшая опасность грозит сердцу, так как ревматизм всегда сопровождается миокардитом, нередко эндокардитом, а иногда и перикардитом. Ревматизм может начинаться незаметно, исподволь, тогда изменения со стороны суставов вообще отсутствуют и заболевание диагностируется по развивающимся нарушениям деятельности сердца. Каким бы ни было начало ревматизма, если этот диагноз выставлен, ребенок обязательно госпитализируется. Только своевременное, длительное и интенсивное лечение дает основание надеяться на благополучный исход заболевания. Выписывается больной из стационара при хорошем самочувствии. Но это не значит, что он здоров. Ревматизм — длительное хроническое заболевание. И главная задача — предупредить новые обострения, так как с каждой повторной атакой поражение сердца нарастает. А избежать этого можно только, повышая сопротивляемость детского организма, что достигается ежедневным закаливанием, длительным пребыванием на свежем воздухе, занятиями лечебной физкультурой. Важно, чтобы у ребенка было бодрое настроение, разумно дозировались умственная и физическая нагрузки; необходим дневной сон. С разрешения врача дети в дальнейшем могут заниматься некоторыми видами спорта (коньки, лыжи, теннис, волейбол), но эти занятия не

должны вызывать переутомления. Детям-ревматикам показано периодическое лечение в местных специализированных санаториях. А вот отправлять ребенка на юг не стоит. Дети, страдающие ревматизмом, нередко плохо переносят длительные поездки, да и адаптируются они к новым условиям труднее. Не рекомендуется посылать таких детей и в пионерские лагеря, где режим рассчитан на здоровых. Целесообразно определять их в лесную школу или специализированную санаторную школу-интернат.

Уход за детьми при заболеваниях почек и мочевыводящих путей. *Воспаление почек* развивается обычно неостро. Ему предшествуют ангины, острые респираторные инфекции, скарлатина, способствует переохлаждение. Выявить немедленно присоединение заболевания почек трудно. На первый план выдвигаются общее недомогание, снижение аппетита, бледность кожи, головная боль, могут быть боли в пояснице. Появляется одутловатость лица, отекают верхние и нижние веки, может уменьшиться количество мочи, измениться ее внешний вид. Уточнить диагноз помогает исследование мочи и крови, а также специальное рентгенологическое обследование. При подозрении на заболевание почек до прихода врача ребенку не дают ничего кроме компотов, киселей, соков, фруктов. Желательно не только оставить мочу, чтобы показать врачу, но и измерить ее количество если не за сутки, то хотя бы за полсутки. При воспалении почек ребенка обязательно госпитализируют. Выписывают домой, когда исчезают отеки, изменения состава мочи, повышенное кровяное давление. Некоторый период после выписки ребенок нуждается в облегченном режиме. Его надо заинтересовать настольными играми, рисованием, чтением, вышиванием. Эти занятия не должны быть утомительными и продолжительными. Во время прогулок больной не должен переохлаждаться и переутомляться. В питании детей с заболеваниями

почек ограничивают соль, а также пряности, бульоны, жареные мясные блюда, лук, чеснок, копчености, консервы. Диета должна быть в основном молочно-растительной: овощные супы и пюре, фруктовые пюре, творог, молоко, кефир, фрукты, компоты, клюквенный и брусничный морсы, кисели, нежирное отварное мясо и вареная рыба, мучные блюда, каши. Больным воспалением почек полезны теплые ванны. Прогревание расширяет сосуды почек, улучшает кровообращение в них. Можно использовать сухое тепло в виде грелок, суховоздушных ванн. Но все это делается по указанию врача. Дети, перенесшие воспаление почек, находятся на диспансерном учете. Им откладывается срок проведения профилактических прививок. Периодически повторяются курсы медикаментозного лечения. В первые 3 месяца каждые 2 недели необходимо повторять анализы мочи, в последующем их делают ежемесячно. Анализы крови и измерение артериального кровяного давления в первые 3 месяца осуществляют каждый месяц, в последующем — до года — ежеквартально. Первые полгода после болезни ребенка вообще освобождают от физкультуры, затем он должен заниматься в специальной группе. В течение года после выписки из стационара ребенка не рекомендуется посылать в пионерский лагерь общего профиля. Очень важно, чтобы эти дети не болели простудными, даже легкими, заболеваниями.

*Воспаление мочевыводящих путей* (цистит, пиелит, уретрит) возникает обычно вследствие проникновения инфекции через мочеиспускательный канал при загрязнении кожи ребенка. Способствовать возникновению воспаления мочеиспускательного канала могут глисты, особенно острицы. Первыми признаками воспаления мочевыводящих путей являются учащение мочеиспускания, его болезненность. При этих симптомах ребенка укладывают в теплую постель и вызывают врача. До его прихода можно лишь сделать теплую сидячую ванну со

слабым раствором (розовый цвет) марганцовокислого калия.

Аллергические заболевания и состояния. *Пищевая аллергия* может возникнуть на прием некоторых пищевых продуктов. К таковым чаще относятся апельсины, мандарины, шоколад, клубника, земляника, речная рыба, орехи, грибы. Выражается она в кожных высыпаниях, острых болях в животе, нарушении функции органов пищеварения. Наиболее легкой формой этой патологии является крапивница, проявляющаяся высыпаниями, подобными раздражению кожи вследствие ожога крапивой; тогда на фоне покраснения возникают бледные, возвышающиеся над уровнем кожи образования, которые могут сливаться. Высыпания сопровождаются зудом, дети становятся беспокойными, плохо спят, часто расчесывают пораженные участки. Длятся высыпания обычно недолго и исчезают бесследно. Однако могут повторяться. При пищевой аллергии главное — выявить продукт, употребление которого вызывает реакцию, и устранить его из рациона. Если полностью исключить из меню этот продукт нельзя (например, молоко), то рекомендуется, во-первых, резко ограничить количество, во-вторых, проводить длительную термическую обработку, что уменьшает его аллергические свойства. Например, молоко можно давать в виде кисломолочных продуктов, порошкового, сухих детских молочных смесей.

Следует шире использовать в пищу овощи (капусту, свеклу, морковь, кабачки и др.). Из фруктов рекомендуются яблоки, груши, сливы, вишни, крыжовник. Следует вводить в рацион растительное масло, которое добавляется в салаты и винегреты. Необходимо при кожных высыпаниях всячески стараться уменьшить и предотвратить расчесы, чтобы через них не проникла инфекция. Для уменьшения зуда кожу можно протирать ментоловым спиртом.

*Бытовая аллергия* в ряде случаев у детей развивает-

ся на изделия бытовой химии, особенно на пахучие (лаки, политуры), на средства борьбы с насекомыми. Поэтому детей следует максимально ограждать от соприкосновения с этими веществами, используя их только в отсутствие ребенка. Встречается аллергия на домашнюю пыль. В доме, где живет такой ребенок, не должно быть избытка мягкой мебели, портьер, ковров, комнатных цветов. Они могут служить резервуаром домашней пыли. В помещении 2 раза в день следует производить влажную уборку, пыль с мебели удалять пылесосом. В таких случаях не стоит держать в квартире домашних животных, птиц и аквариумных рыбок.

*Медикаментозная аллергия* наиболее часто выражается кожными высыпаниями разнообразной формы, преимущественно в виде крапивницы. Иногда высыпания сочетаются с болями в суставах, а также с расстройством нормальной деятельности желудочно-кишечного тракта. Прекращение приема лекарства обычно приводит к исчезновению сыпи и других болезненных явлений.

## **КАК ВЫПОЛНЯТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА**

**Дача лекарств.** Поскольку большинство лекарств имеет неприятный вкус, бывает горькими, кислыми или солеными, то детям первых лет жизни предпочтительнее давать медикаментозные средства в жидком виде — подслащенные микстуры, отвары, настои. Если лекарство отпускается аптекой только в форме таблеток или драже, необходимо их растереть и растворить в воде или подслащенном чае. Некоторые дети лучше принимают порошки смешанными с сахарным сиропом или небольшим количеством варенья, которое нивелирует неприятный вкус. Недопустимо смешивание горьких лекарств с пищей. Ребенок после этого может надолго отказываться от данной пищи. Если малыш вообще не хочет при-

нимать лекарство через рот, нужно осторожно двумя пальцами сжать ему нос. Когда ребенок откроет рот для вдоха, надо влить лекарство и разжать нос только после того, как оно будет проглочено. Давать лекарство желательно в указанное врачом время, четко соблюдая число приемов в сутки. Но если ребенок уснул, будить его немедленно для приема медикаментов не стоит, можно немного обождать, пока он проснется.

Горчичники и горчичные обертывания. Горчичники, купленные в аптеке, перед употреблением следует смочить в теплой воде (не выше 50°), затем положить на кожу стороной, покрытой горчицей. Детям первого года жизни под горчичник можно подложить слой папиросной бумаги, марли либо тонкой ткани, смоченной в теплой воде. Можно поставить горчичники обратной стороной. Это предотвращает сильное раздражение кожи. Поверх горчичников кладут сухую пеленку или полотенце. Держат горчичники в зависимости от возраста ребенка и чувствительности кожи от 2—5 до 8—10 мин. Лучше всего следить за цветом кожи под горчичниками. Если кожа покраснела, горчичники нужно снимать. Приставшие к коже крошки горчицы убирают кусочком ваты, смоченным теплой водой, затем кожу протирают мягким сухим полотенцем. Горчичники можно приготовить самим. Горчицу смешивают с крахмалом (для маленьких детей — 1 : 1, для старших — 2 : 1), смесь разводят теплой водой и намазывают ею кусок бумаги или ткани, поверх помещается еще слой ткани, которым горчичники прикладывают к телу.

Для горчичных обертываний вначале готовят раствор: 2 столовые ложки сухого горчичного порошка разводят, тщательно размешивая, в стакане горячей воды. Пеленку или кусок марли смачивают раствором, отжимают и накладывают вокруг грудной клетки или на большую сторону. Сверху ребенка заворачивают сначала сухой пеленкой или простышкой, затем одеяльцем.



# **СОДЕРЖАНИЕ**

**Общие принципы ухода за больным ребенком на дому**

**Первые признаки болезни детей**

**Несчастные случаи**

**Уход при заболеваниях органов дыхания**

**Уход и вскармливание при заболеваниях детей раннего возраста**

**Особенности ухода за больными детьми старшего возраста**

**Как выполнять назначения врача**

**Мария Петровна Дерюгина**

**УХОД ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ**

**Редактор О. С. Лукашенок**

**Художник Н. С. Волков**

**Художественный редактор В. П. Безмен**

**Технический редактор Л. Л. Грамович**

**Корректоры Л. Г. Кузьмина, Л. Ф. Лихадиевская**

**ИБ № 1763**

**Сдано в набор 03.08.81. Подп. в печать 18.11.81. АТ 22611. Формат 70X108 1/32. Бумага тип. № 1. Гарнитура литературная. Высокая печать. Усл. печ. л. 2,80. Усл. кр.-отг. 2,98. Уч.-изд. л. 2,8. Тираж 100 000 экз. Зак. 1839. Цена 10 к.**

**Ордена Дружбы народов издательство «Беларусь» Государственного комитета БССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 220600, Минск, проспект Машерова, 11.**

**Минское производственное полиграфическое объединение им. Я. Коласа. 220005, Минск, Красная, 23.**