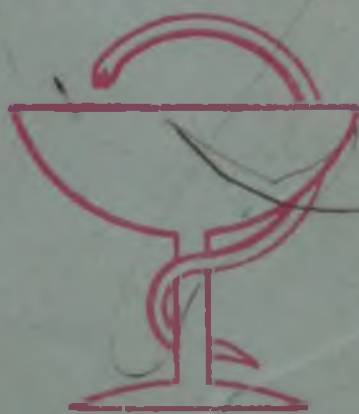


Справочник
•
медицинской
сестры
педиатрического
участка



Под общей редакцией
канд. мед. наук *Е. Ф. Барановой*

Коллектив авторов:

канд. мед. наук *Л. М. Антонова*,
канд. мед. наук *Е. Ф. Баранова*
(ответственная за выпуск),
канд. мед. наук *Т. Л. Гуцул*,
канд. мед. наук *В. В. Исак*,
канд. мед. наук *М. А. Рудь*,
канд. мед. наук *О. П. Скицко*,
канд. мед. наук *А. Г. Фортуна*,
канд. мед. наук *Л. Г. Черемпей*

Отрецензировал и рекомендовал к изданию
доктор медицинских наук, профессор *В. П. Ченуша*

С $\frac{4108170000-021}{M 751(10)-89}$ 133-89

ISBN 5-362-00108-6

©Издательство «Картя Молдвеняскэ», 1989

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УЧАСТКА

На современном этапе из всех форм работы детских поликлиник ведущей является участковая форма, обеспечивающая тесную связь медицинских работников с семьей ребенка. Деятельность участкового врача и медицинской сестры педиатрического участка многообразна и требует обширных знаний возрастной физиологии и патологии ребенка, смежных дисциплин, основ профилактики, организаторских умений.

В начале XX века при организации детских консультаций, основной задачей участковой медицинской сестры являлось выполнение патронажей к новорожденным, в связи с чем она получила название патронажной. В разработанных тогда требованиях указывалось, что патронажная медицинская сестра должна обладать знаниями по общей и детской гигиене и патологии, а также «достаточной степенью общего развития и интеллигентности».

Совершенствование системы организации медицинской помощи детям требовало расширения и усложнения функций патронажной медицинской сестры. Осуществленная в 1968 г. реорганизация педиатрических участков привела к дальнейшему расширению обязанностей медицинской сестры, в связи с чем «патронажная медицинская сестра» была переименована в «участковую медицинскую сестру».

Согласно приказу министра здравоохранения СССР № 60 от 19 января 1983 года в функциональные обязанности участковой медицинской сестры входит: профилактическая работа по развитию и воспитанию здорового ребенка, лечебная работа, организационные мероприятия, работа с общественностью.

Выполнение обязанностей медсестры на должном профессиональном уровне возможно лишь при условии полного овладения предметом — как его теорией, так и техникой всех лечебных манипуляций, связанных с уходом за здоровым и больным ребенком. Разработанная профессиограмма участковой медицинской сестры городской детской поликлиники (А. П. Белова, 1984) может быть

применима с некоторыми дополнениями и для медсестер сельского участка. Согласно профессиограмме участковая медицинская сестра должна знать следующие разделы:

I. Теоретические знания

Физиология беременности.

Режим и питание беременной.

Становление лактации: факторы, влияющие на лактацию; подготовка молочных желез и психоподготовка беременной.

Данные по физиологии и патологии новорожденных.

Особенности физиологии и патологии недоношенных детей.

Возрастные особенности развития и воспитания детей дошкольного возраста.

Особенности режима детей каждой возрастной группы.

Питание детей всех возрастов.

Оценка эффективности вскармливания.

Основы гигиенического воспитания детей различного возраста.

Этиология, клиническая картина, лечение и профилактика рахита.

Этиология, клиническая картина, лечение и профилактика анемии.

Этиология, клиническая картина, лечение и профилактика гипотрофии.

Основные симптомы, принципы лечения детских инфекционных, стоматических и хирургических заболеваний.

Оказание неотложной помощи на доврачебном и догоспитальном этапе.

Календарь профилактических прививок. Противопоказания и показания к ним. Методы иммунизации.

Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний на участке. Особенности изоляции в сельской местности.

II. Техника гигиенических и диагностических манипуляций

Определение массы ребенка.

Определение длины тела.

Определение окружности головы, грудной клетки, живота.

— Массаж грудных желез и сцеживание грудного молока.

— Свободное пеленание ребенка.

✓ Туалет слизистых, глаз, носа, ушей, вульвы.

Контрольное взвешивание ребенка.

— Купание ребенка.

Туалет слизистых у здорового и больного ребенка (при молочнице, стоматите, повреждениях).

— Обработка купочной ранки.

— Обработка кожи при опрелостях.

Закаливание детей (обливание, обтирание, душ, воздушные и солнечные ванны).

Массаж и гимнастика для детей различных возрастных групп.

Приготовление пищевых добавок (овощно-фруктового отвара, соков, фруктовых пюре, сахарного сиропа, творога, каротиновой смеси), адаптированных смесей («Малыш», «Малютка», «Виталакт», «Детолакт», «Пипти», «Бона» и др.) для смешанного и искусственного вскармливания, различных видов прикорма (5%, 10% каши, овощные пюре, суп, мясное пюре, фарш, фрикадельки, котлеты и т. д.).

Кормление ребенка из ложки, из рожка при смешанном и искусственном вскармливании.

Приготовление основных диетических блюд для детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы, эндокринной патологии, аллергическими заболеваниями и др.

Измерение температуры тела.

Определение частоты пульса, дыхания и их оценка.

Определение артериального давления и оценка результата.

Снятие мазков из носа, зева на бактериальный посев и антибиограмму.

Снятие мазков из носа, зева на вирусологическое исследование.

Постановка реакции Манту.

Сбор анализа мокроты на микроскопическое исследование и на посев.

Сбор анализа мочи в различные возрастные периоды на общий анализ по Нечипоренко, Амбурже, Аддис-Каковскому для биохимических исследований на сахар, на желчные пигменты, сбор суточного количества для различных исследований.

Забор анализа кала на копрологическое исследование, на тифопаратифозное заболевание, патогенные бактерии кишечной группы, на дисбактериоз и др. посеvy.

Забор анализа ректальными трубками и соскоб с перианальных складок на острицы.

Сбор рвотных масс и промывных вод желудка для исследования.

Приготовление дезинфицирующих растворов и проведение дезинфекции (текущей и заключительной).

Проведение профилактических прививок (БЦЖ, КДС, полиомиелитной, коревой, паротитной).

Уход за ребенком, имеющим реакцию на вакцину.

Аппликации компрессов (согревающих, охлаждающих, горчичников, банок).

Растирание, обертывание.

Постановка газоотводной трубки.

Постановка клизм (очистительной, сифонной, гипертонической, лечебной, питательной).

Промывание желудка беззондовым и зондовым методами.

Наложение жгута при манипуляциях.

Пользование грелкой, пузырем для льда.

Пользование кругом для профилактики пролежней.

Катетеризация мочевого пузыря для взятия анализа мочи на стерильность.

III. Техника лечебных процедур

Дача медикаментов внутрь.

Введение лекарств в виде свечей.

Отсасывание слизи из дыхательных путей.

Закапывание капель в нос, глаза.

Закладывание турунда с лекарствами в наружный слуховой проход.

Закладывание мази в нос, глаза, на раневые поверхности.

Внутрикожные, подкожные и внутримышечные инъекции.

Внутривенные инъекции.

Дача кислорода из кислородной подушки.

Иммобилизация конечностей специальными и подручными средствами.

Транспортировка больных.

Обработка ран.

Наложение повязок на различные участки тела.

Остановка кровотечения.

Наложение жгута при кровотечении.

Искусственное дыхание (рот в рот, рот в нос).

Непрямой массаж сердца.

Обработка медицинского инструментария (шприцов, игл, груш, клизм, хирургического и др) согласно современным рекомендациям.

Манипуляции, указанные в пунктах 10—17, относятся к экстренной доврачебной помощи и в обязанности меди-

цинской сестры входит не только владение ими, но и обучение этим навыкам родителей, всего населения участка при проведении санитарно-просветительной работы.

Из характерологических особенностей в профессиограмме следует выделить: ласковое, терпеливое отношение к ребенку; ровность и доброжелательность в общении с родителями; максимальную аккуратность в одежде, сдержанность по отношению к новшествам моды; педантичность в выполнении санитарно-гигиенических и эпидемиологических требований; соблюдение законов медицинской этики и деонтологии; пунктуальность в выполнении назначений участкового педиатра; постоянное пропагандирование санитарно-гигиенических знаний среди населения; непрерывное пополнение знаний; отсутствие каких-либо вредных привычек в любых проявлениях.

От профессионализма медицинской сестры зависит эффективность проводимого врачом лечения, самочувствие больного. Все лечебные манипуляции должны выполняться с минимальной травматизацией больного, умело, быстро и в полном объеме.

IV. Организационная работа

Участковая медицинская сестра должна уметь дать родителям исчерпывающие ответы на вопросы, связанные с работой поликлиники, амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта, в том числе:

адрес поликлиники и способы проезда к ней (в условиях города); имена руководителей больницы, поликлиники, СВА, ФАП, к которым относится данный участок; номера телефонов зав. поликлиникой, зав. педиатрическим участком (городской поликлиники), зам. главного врача по детству и родовспоможению ЦРБ, гл. врача СВУ, СВА, «Скорой помощи», лабораторий, ФАП, молочной кухни, санэпидслужбы;

распорядок работы участкового врача, на ФАПе — дни выезда врача-педиатра для профилактического осмотра детей; расположение вспомогательных служб медицинского профиля (лаборатория, рентгенкабинет);

график работы специалистов в городской поликлинике, в центральной районной поликлинике и их выездов на СВУ, СВА;

порядок выписки медикаментов для бесплатного лечения и питания в соответствии с приказами Министерства здравоохранения;

правила выдачи листка нетрудоспособности и справок по уходу за больным ребенком; основные положения об

оказании материальной помощи многодетным и одиноким матерям; порядок оформления и перечень документов, необходимых для направления детей в детское дошкольное учреждение, в школу, Дом ребенка, стационар, пионерский лагерь, спортивную секцию, летний трудовой лагерь (производственную бригаду).

Медицинская сестра педиатрического отделения ведет медицинскую документацию под контролем участкового врача-педиатра. Правильное и аккуратное ведение документации способствует правильному планированию и своевременному выполнению всех профилактических и лечебных мероприятий на участке. К обязательным документам относятся:

история развития ребенка (учетная форма № 112); статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов — учетная форма № 25-В; на ФАПе — журнал приема детей; журнал списочного состава участка; сетка патронажных наблюдений за детьми до 1 года и от 1 года до 7 лет;

паспорт педиатрического участка (уточнить по приказу № 60).

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

Период новорожденности охватывает первый месяц жизни, а точнее первые 29 дней. В этот отрезок времени происходит приспособление (адаптация) организма ребенка к условиям внеутробного существования. Способность новорожденного к адаптации зависит во многом от течения внутриутробного развития, поэтому в работе медицинской сестры антенатальная охрана плода и новорожденного занимает особое место.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА. Как только беременная женщина стала на учет в женской консультации, сведения о ней передаются в районную детскую поликлинику. Участковая медицинская сестра выполняет два дорожных патронажа к беременной женщине. Первый из них осуществляется не позднее 10 дней с момента поступления в детскую консультацию сведений о беременной. Его задача — выяснение состояния ее здоровья, течения беременности, условий жизни и труда. Сестра должна выявить все обстоятельства, которые могут повредить здоровью будущего ребенка. Она узнает также, какая по счету данная беременность, чем закончились предыдущие, были ли выкидыши, аборт, преждевременные роды, их причина, болела ли женщина во время беременности и т. д.

Если беременная проживает по другому адресу, медицинская сестра должна уточнить адрес ее фактического проживания и пригласить будущую мать на профилактический прием к участковому педиатру или сообщить о ней в детскую поликлинику (консультацию), обслуживающую район ее фактического проживания.

При проведении первого дорожного патронажа медицинская сестра обязана дать беременной ряд советов, в том числе: исключить профессиональные вредности (если таковые имеются), правильно чередовать труд с отдыхом и прогулками, избегать конфликтов в семье, на производстве, правильно питаться, при наличии в семье туберкулез-

ных больных обдумать возможность проживания ребенка в течение первых двух месяцев жизни в другом месте и т. п.

Второй патронаж участковая медицинская сестра проводит в период декретного отпуска беременной, на 32-й неделе. Медсестра уточняет, где собирается жить до родов будущая мать, выясняет характер ее питания, показывает, как надо готовить грудь к лактации, дает советы по подготовке уголка новорожденного, обязательно узнает адрес, по которому будет жить семья (или мать с ребенком) после выписки из роддома. При проведении второго дородового патронажа медицинская сестра знакомится с состоянием здоровья будущей матери, течением беременности, характером быта, условиями труда, морально-психологическим климатом в семье, расспрашивает будущих родителей о вредных привычках, приглашает посетить комнату по воспитанию здорового ребенка, школу молодых матерей и т. д. Особое внимание уделяется подготовке молочных желез к акту лактации. Рациональным методом такой подготовки является массаж молочных желез, проводимый за 6—8 недель до ожидания родов. Длительность массажа не более 2—3 минут. Он проводится дважды в день. В течение последнего триместра беременности женщина должна выполнять простое упражнение: в течение нескольких минут ритмично сжимать основание соска двумя пальцами сначала в горизонтальной плоскости, потом по вертикали. Упражнение способствует формированию правильной дужки сосков и некоторому их вытяжению.

Патронажная сестра должна помочь будущей матери подготовить все необходимое для ухода за новорожденным с учетом конкретных жилищно-бытовых условий семьи, подсказать, как оборудовать комнату для приема будущего ребенка. Заранее должны быть куплены детская кроватка, ванночка, таз для индивидуальной стирки белья и т. д. В квартире желательно произвести косметический ремонт (побелку, покраску), из комнаты, где будет находиться ребенок, вынести лишние предметы, накапливающие пыль (ковры, мягкую мебель и т. д.). Накануне выписки ребенка из родильного дома рекомендовать провести в квартире генеральную уборку. Сестра должна дать будущей матери правильные рекомендации по подготовке детского «приданого».

Третий дородовой патронаж беременных проводится при: неблагоприятном акушерском анамнезе, тяжелой со-

матической патологии, тяжелом токсикозе беременности, а также при неблагоприятных социально-бытовых условиях.

Большое внимание медсестра уделяет и вопросам питания. Питание беременной женщины должно быть рассчитано так, чтобы оно покрывало повышенные потребности организма во всех основных веществах. Потребность в белке в первые месяцы беременности составляет 90—100 г, во 2-й половине — 110—130 г в сутки. В суточный рацион для этого включают нежирные сорта мяса — до 120—200 г в сутки, или рыбы — 150—250 г в день. Молоко и кисломолочные продукты входят в рацион как источник белка и как основные поставщики солей Са и Р. Количество жира должно доводиться до 80—100 г в сутки, при этом часть сливочного масла желательно заменить сметаной и обязательно включать 15—30 г растительного масла. Углеводов — не более 400—500 г в сутки. Обязательно сырые овощи и свежие фрукты. Особую проблему в питании беременной женщины составляет обеспечение рациона железом. Суточная потребность в железе доходит до 15—20 мг. Для обеспечения такого количества железа необходимо регулярно включать в меню мясные блюда, яичный желток, полноценные каши (гречневая, овсяная). При признаках анемизации рекомендуются препараты железа (см. Анемии). Диетические ограничения касаются прежде всего поваренной соли, следует избегать соленых продуктов, однако нормальное подсаливание пищи вполне допустимо. При возникновении отеков уменьшается суточная норма жидкости. Следует ограничивать и облигатные аллергены, особенно если у женщины когда-либо ранее возникали аллергические реакции.

Старшая медицинская сестра детской поликлиники, получив сведения о выписке младенца из роддома, в тот же день заносит их в журнал регистрации новорожденных; она заполняет историю развития новорожденного, вклеивает в нее вкладыши дородового патронажа, передает историю развития в регистратуру или непосредственно участковой медицинской сестре. Первый патронаж к ребенку должен быть выполнен не позже 1—2 дней после выписки из роддома; недоношенных детей с перинатальной и врожденной патологией сестра должна посетить уже в день выписки. Если этот день суббота или воскресенье, детей посещает дежурный врач-педиатр.

Первичный патронаж осуществляется участковыми врачом и медсестрой вместе. Для посещения новорожденного они должны получить чистые халаты, маски, стерильный

материал для обработки пупочной ранки, набор необходимых медикаментов. Стерильный материал выдается в специальных упаковках (мешочки, баночки). Медицинские халаты и маски остаются на дому у новорожденного, за их чистотой следит мать. Халат и маска возвращаются матерью при первом посещении детской поликлиники по достижении ребенком возраста 1-го месяца.

При проведении первичного патронажа матери даются рекомендации по охране своего здоровья: дневной отдых, разнообразная пища, усиленный питьевой режим, соблюдение личной гигиены (ежедневно принимать душ или мыть тело до пояса, ежедневно менять бюстгалтер, мыть руки после прихода с улицы, перед пеленанием и кормлением ребенка и т. д.).

Основной задачей вскармливания новорожденного в первые дни жизни является формирование установки на продолжительное естественное вскармливание. Институт питания АМН СССР приводит следующие усредненные суточные потребности кормящей женщины в пищевых ингредиентах: белки 120—130 г, жиры 120—130 г, углеводы 500—520 г, калораж 3200—3500 ккал. Примерный суточный набор продуктов состоит из: 200 г мяса, 1 литра молока в любом виде, 100—150 г творога, 20—30 г сыра, 1 яйца, 300—350 г хлебобулочных изделий, 600 г овощей (из них не более 200 г картофеля), 200—300 г фруктов, что обеспечивает достаточное поступление в организм минеральных веществ и витаминов. Кормящей матери следует избегать продуктов-аллергенов: цитрусовых, клубники, шоколада, натурального кофе, соленых блюд, крепких мясных бульонов, консервированных продуктов, избытка яиц, колбас. Употребление спиртных напитков и курение исключается.

Рациональный режим питания необходимо сочетать с достаточным отдыхом (8 часов сна ночью и 1—2 часа днем, прогулки на свежем воздухе).

Лактация — акт психофизиологический, поэтому благоприятный психологический климат в семье, большое желание матери обеспечить ребенка грудным молоком, беседы, вселяющие в мать уверенность, — все это способствует сохранению лактации на длительный период.

Медикаментозное лечение гипогалактии, проводимое участковым педиатром, включает использование никотиновой кислоты, витамина Е, пролактина, глютаминовой кислоты, апилака и других препаратов. Роль участковой медицинской сестры заключается в контроле за выполнением всех назначений врача.

ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.

Здоровых новорожденных прикладывают к груди матери при отсутствии противопоказаний с ее стороны в возможно ранние сроки — в первые 2 часа после рождения независимо от наличия лактации. Раннее прикладывание к груди стимулирует быстрое становление лактации, способствует лучшей адаптации новорожденных к условиям внешней среды.

Большинство здоровых доношенных детей выписываются из родильного дома с установленным режимом питания: число кормлений — 6 раз в сутки через 3,5 часа и ночным перерывом в 6,5—6 часов. Вялососущим и маловесным (3000 г и менее) детям назначают 7 кормлений в сутки через 3 часа.

Суточное количество пищи в первые 7—8 дней жизни ребенка рассчитывается по формуле А. Ф. Тура: 70 или 80 умножить на n , где n — день жизни новорожденного (коэффициент 70 используется для детей, родившихся с массой тела менее 3000 г, 80 — более 3200 г). Или по формуле Г. И. Зайцевой: 2 процента от массы тела при рождении умножить на n (n — день жизни новорожденного). К 10-му дню жизни ребенка количество получаемого им молока достигает $\frac{1}{5}$ массы тела при рождении и остается таким в течение всего периода новорожденности.

Использование объемного способа не рекомендуют при расчете пищи детям, родившимся с крупной массой тела (4000 г и более). Здесь, начиная со второй недели жизни ребенка, расчет питания производят калорийным способом: 120 ккал на 1 кг массы в сутки. Участковая медицинская сестра должна следить за количеством молока, высасываемого ребенком из груди матери, и выполнением последней правил вскармливания грудью, а именно:

тщательно мыть руки с мылом;

обмывать грудь кипяченой водой и подсушивать мягким полотенцем без растирания области соска и ареолы (ни в коем случае не обрабатывать соски раствором борной кислоты!);

взяв ребенка на руки, занять положение сидя с упором ног на небольшую скамеечку (высота скамеечки 20—30 см). Головка ребенка не должна быть запрокинута или согнута вперед;

грудь брать 2-м и 3-м пальцами противоположной руки за края ареолы сверху и снизу от соска. Пальцы сжимают у основания соска таким образом, чтобы получить максимальное вытягивание соска вперед;

при каждом кормлении прикладывать ребенка только

к одной груди, обращая внимание на полное ее опорожнение. Но в период становления лактации допускается кормление ребенка из обеих грудей, с соблюдением при этом порядка чередования прикладывания. Остающееся молоко обязательно сцедить;

не держать ребенка у груди более 20—30 мин. Даже вялососущих детей не следует кормить более 30 мин. Если ребенок высасывает за этот срок мало молока (что определяется контрольным взвешиванием), то надо остаток молока сцедить из груди и докормить его с ложечки.

Не следует проявлять поспешность в переводе ребенка первого месяца жизни на смешанное или искусственное вскармливание. Количество высасываемого ребенком молока можно определить при помощи контрольных кормлений, проведенных несколько раз в течение различного времени суток, лучше в домашних условиях, в привычной для матери и ребенка обстановке. Объем высосанного молока равен разности массы тела ребенка до и после кормления. При гипогалактии недостаток грудного молока детям первого месяца жизни восполняется донорским молоком. Если же возникает необходимость докорма смесями, то используют сухие адаптированные смеси, — «Малютка» (до 6 нед.), «Виталакт», «Детолакт», «Симилак» и др.

При смешанном и искусственном вскармливании новорожденных следует придерживаться ряда основных правил:

каждый раз учитывать, сколько грудного молока ребенок недополучил и недостающее количество восполнять молочными смесями;

сохранять как можно дольше грудное молоко у матери даже при небольшом его количестве;

докорм, если он невелик по объему, давать чайной ложкой, чтобы ребенок не привыкал к легкому поступлению молока (через соску) и не отказывался бы в связи с этим от груди, что приведет к быстрому угасанию лактации;

число кормлений и объем питания рассчитывать так же, как и при естественном вскармливании;

при искусственном вскармливании соблюдать правила восстановления сухих адаптированных смесей, указанные на этикетках, это предотвратит углеводный или жировой перекорм;

кормление детей проводить с учетом аппетита. Для этого количество наливаемой в бутылочку смеси может быть на 20—30 мл больше того, что полагается;

молочные смеси перед кормлением подогревать до 35—

37°C. Соска должна быть достаточно упругой, а отверстие такого размера, чтобы смесь при опрокидывании бутылочки вытекала каплями, а не струйкой;

обеспечить достаточный питьевой режим — воду для питья дают между кормлениями (не менее 100 мл для детей старше 1 недели).

При искусственном вскармливании детей первых месяцев жизни нельзя допускать внезапного или слишком форсированного перевода на качественно новое питание, так как адаптация пищеварительной системы, обменных процессов и механизмов, регулирующих гомеостаз, происходит при этом с большим напряжением.

Новорожденный ребенок, находящийся на смешанном или искусственном вскармливании, подлежит наблюдению в группе риска.

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ. В комнате, где стоит кроватка ребенка, необходимо дважды в день проводить влажную уборку и не менее 5—7 раз проветривать ее (по 15—20 мин). Температура воздуха должна быть постоянной, в пределах 20—22°C, освещение умеренным. Очень важно поддержание в доме спокойной обстановки, тишины, так как ребенок с первых же дней жизни реагирует на громкий звук.

Детская кровать ставится в самом светлом месте комнаты, но так, чтобы ребенок не находился под прямыми солнечными лучами, на сквозняке или около отопительных приборов. Рядом с кроваткой рекомендуется поставить пеленальный столик, на котором в дальнейшем можно будет делать ребенку массаж и гимнастику.

Все вещи для ребенка готовятся из мягких, натуральных (хлопчатобумажных или льняных), легко стирающихся тканей, которые можно кипятить. Швы не должны быть грубыми. Для подгузников целесообразно использовать марлю или стираную ветошь. Перед употреблением все предметы следует хорошо выстирать и прокипятить — «детским» мылом и в отдельной ванночке. Белье ребенка 1-го месяца жизни проглаживается с обеих сторон. Комплект белья по существующим нормам должен включать: 6 простыней, 10 фланелевых и 20 ситцевых пеленок, 20 подгузников, 6 распашонок, 6 фланелевых кофточек, 2 байковых, 1 шерстяное и 1 ватное одеяло, 2—3 пододеяльника, 1—2 хлопчатобумажных и 1 фланелевый чепец, 1 шерстяную шапочку.

Родителям следует порекомендовать приобрести аптечку для ухода за новорожденным следующего состава:

стерильная вата — 1 пачка

соски резиновые для бутылочки — 6 шт.

рожки градуированные по 200—250 мл — 4 шт.

термометр для измерения температуры тела — 1 шт.

термометр для измерения температуры воды — 1 шт.

«Детский крем» — 1 тюбик

детская присыпка — 1 коробка

калия перманганат в порошке — 1 флакон

5% р-р йода — 1 флакон

фурацилин в таблетках — 10 табл.

вазелиновое масло — 1 флакон

стерильный бинт — 2 шт.

1% р-р бриллиантового зеленого — 1 флакон.

Кроме того, необходимо подготовить стеклянную банку с плотно закрывающейся крышкой для ваты, небольшую кастрюлю с крышкой для прокипяченных сосок, кастрюлю для кипячения сосок и бутылочек, блюдце или мисочку для использованной ваты, резиновую грелку, детскую клизму № 3, газоотводную трубку. Перечисленные предметы должны находиться в отдельной тумбочке (уголок ухода за новорожденным). Одежда ребенка первого месяца жизни — мягкая, просторная, обеспечивающая свободу движений растущему организму, должна защищать от переохлаждения и перегревания, создавать ровный микроклимат без резких температурных колебаний. Головку при постоянной температуре воздуха в комнате 20—22°C не покрывают.

Родители должны знать, что постоянное пребывание ребенка в коляске вредно (раздражение вестибулярного аппарата), что укладывать его рекомендуется без подушки, но с приподнятым головным концом кровати, либо с подголовником высотой 2—3 см. Оптимальные размеры подкладываемой клеенки 15×20 см.

И чистое, и грязное белье ребенка должно храниться и стираться отдельно от белья взрослых. Особой тщательности при уходе требуют незажившая пупочная ранка, легко ранимая нежная кожа и слизистые оболочки. До полного заживления пупочной ранки патронажная сестра посещает ребенка ежедневно. Она должна иметь при себе набор следующих средств для обработки пупка: 5% р-р марганцовокислого калия, 2—3% р-р перекиси водорода, 70° спирт, стерильный материал (ватные и марлевые тампоны, салфетки). При каждом посещении новорожденного сестра осматривает и производит обработку пупочной ранки 2—3% р-ром перекиси водорода, спиртом, а затем р-ром марганцовокислого калия (можно использовать бриллиантовую зелень).

Ежедневный туалет новорожденного производится перед первым или вторым кормлением в определенной последовательности. Начинают его с умывания лица теплой проточной кипяченой водой (чистой рукой или смоченным ватным тампоном). Глаза обрабатывают стерильным ватным тампоном, смоченным водой, по направлению снаружи кнутри, для каждого глаза отдельным тампоном. Туалет носа производят при помощи стерильных ватных фитильков, смоченных стерильным растительным или вазелиновым маслом. Ушные раковины обтирают влажной отжатой салфеткой. Часто за ушами образуются опрелости, корочки, поэтому после промывания и просушивания складки за ушами протирают вазелиновым маслом или детским кремом. Следует обратить внимание матери на места, где чаще всего образуются опрелости: складки за ушами, шейные, подмышечные и паховые области. Категорически запрещается в профилактических целях применение мазей с антибиотиками и гормонами. Кожу ребенка можно обработать растительным маслом, прокипяченным на водяной бане в течение 10 мин и охлажденным. Ягодицы и промежность моют детским мылом под проточной водой. Девочек подмывают в направлении спереди назад во избежание заноса инфекции в мочевые пути. Подмывать ребенка следует также после каждого мочеиспускания и дефекации.

Опрелости — воспалительные процессы кожи в местах, где она подвергается раздражению мочой и калом при неправильном уходе или трении грубыми пеленками; появление опрелости при правильном уходе — признак эксудативного диатеза. Опрелости у новорожденных возникают чаще в области ягодиц, нижней части живота, половых органов, в шейных, подмышечных, паховых и других складках, за ушами. Различают 3 степени опрелости: I — легкое покраснение кожи без нарушения ее целостности; II — яркая краснота с видимыми эрозиями; III — мокнущая краснота кожи, возможно образование язвочек. Опрелость может легко инфицироваться и послужить воротами для генерализованной инфекции.

При опрелости I степени покраснение проходит при применении простейших мер и устранении дефектов ухода. Ребенка нельзя оставлять мокрым, туго пеленать, необходимо убрать подкладную клеенку, вместо нее использовать в несколько раз сложенную пеленку. Подмывать ребенка следует после каждого мочеиспускания и дефекации, затем осторожно кожу просушить. Покрасневшие

участки можно припудрить присыпками, содержащими тальк. Рекомендуется несколько раз в день оставлять открытыми на 20—30 мин. Можно смазывать участки поражения прокипяченным маслом (подсолнечным, кукурузным), детским кремом, мазями от ожога. При опрелости II степени помимо перечисленных выше мероприятий используют присылки и болтушки, содержащие окись цинка и тальк; по назначению врача проводят облучение пораженных участков кожи ртутно-кварцевой лампой. Опрелость III степени трудно поддается лечению, поэтому так важны профилактика и правильное лечение опрелостей более легких степеней. В течение нескольких дней на мокнувшие поверхности накладывают примочки с боровской жидкостью, резорцином или азотнокислым серебром. После исчезновения мокнутия применяют присылки, смазывание маслом, цинковой пастой, эмульсиями с бактерицидными веществами (5% стрептоцидовой или синтомициновой на рыбьем жире). Гигиенические ванны рекомендуются с отваром дубовой коры, ромашки, листьев ореха, перманганатом калия.

Потница — заболевание, часто встречающееся у детей первых месяцев жизни и нередко способствующее проникновению инфекции через кожу. Возникает вследствие нарушения гигиенического режима (излишнее укутывание, перегревание) и проявляется ярко-красной мелкоточечной сыпью. Профилактика потницы заключается в правильном уходе. Лечение — устранение дефектов ухода.

Слизистая рта у младенца очень нежная, легко ранимая, она не требует обработки, если нет признаков молочницы. При появлении молочницы слизистую рта рекомендуют смачивать 2% раствором питьевой соды (1 чайная ложка на 1 стакан кипяченой воды комнатной температуры). Мать нажимает большим пальцем на подбородок ребенка, чтобы он открыл рот, и обрабатывает слизистую рта тампоном, смоченным содовым раствором. Процедура повторяется каждые 2—3 часа перед кормлением ребенка. Элементы молочницы можно обрабатывать раствором буры в глицерине, порошком нистатина. Соски, бутылочки следует тщательно кипятить. Некоторые матери дают младенцу с первых недель жизни пустышку. Сестра должна объяснить матери, что сосание пустышки приводит к формированию неправильного прикуса, тормозит процесс нервно-психического развития из-за преобладания сосательной пищевой доминанты. Если же мать дает ребенку соску-пустышку, то она должна содержать ее в чистоте, недопустимо облизывать соску перед тем, как класть

и ее ребенку в рот. Необходимо объяснить матери, что полость рта взрослого человека заселена различными микрорганнизмами, в том числе болезнетворными, которые, попадая на пустышку (или соску) при облизывании ее, могут вызвать заболевание младенца. Упавшую соску следует промыть и прокипятить. Кипятить пустышки следует в специально для этого предназначенной кастрюльке в течение 15 мин. Стерильные пустышки (их должно быть 5—6) следует менять несколько раз в день, держать в прокипяченной баночке с закрытой крышкой.

Купание новорожденного. Первое купание можно рекомендовать в первый день после выписки из роддома, если мать обучена этой процедуре. Показать и объяснить родителям, как нужно купать ребенка, обязана медсестра. Купание удобнее проводить перед предпоследним вечерним кормлением, обязательно в специально предназначенной для этого ванночке в течение 5—7 мин. До 3-недельного возраста (до заживления пупочной ранки) младенца необходимо купать в кипяченой воде температурой 37—37,5°C. В комнате, где купают ребенка, не должно быть сквозняков, оптимальная температура воздуха 24—26°C (не ниже 22°C). Перед купанием ванночку надо промыть с мылом и обдать кипятком. Прежде чем налить воду в ванну, нужно подготовить все необходимые для купания предметы: кувшин для обливания ребенка после купания водой температурой на 1° ниже, чем в ванне; термометр для измерения температуры воды, мыло «Детское» или «Косметическое», не содержащее красителей, но с большим содержанием жира (купать новорожденного с мылом рекомендуется не чаще 2 раз в неделю), мягкую рукавичку из байки или марлевую салфетку для намыливания, детский крем или стерильное растительное масло для обработки складок кожи. Заранее должно быть приготовлено и разложено на столе чистое белье. Зимой его рекомендуется прогреть (завернутое в чистую пеленку белье кладут на батарею центрального отопления, на печку, прикладывают к нему грелку и т. д.). Руки следует тщательно вымыть с мылом, ногти коротко остричь, на ухаживающем за ребенком не должно быть ничего, чем можно повредить кожу: кольца, часы, булавки и т. д.

Кипяченую воду для купания лучше приготовить заранее и охладить, прикрыв чистой пеленкой. Ванночку ставят на стол или скамейку, или на две табуретки так, чтобы она стояла прочно и к ней можно было подойти со всех сторон. На дно ванночки кладут чистую пеленку, в 2 раза сложенную, затем наливают воду температурой

36,5—37°. Уровень воды в ванночке должен быть не более 10—15 см, чтобы после погружения в нее ребенка над поверхностью воды находилась верхняя часть груди и голова. Опускают ребенка в воду медленно, вначале ножки, затем туловище. Головка располагается на локтевом сгибе взрослого, пальцы этой же руки поддерживают ребенка под коленками. Правой рукой слегка намыливают волосистую часть головы, шею, затем туловище и конечности.

Новорожденного не следует тереть, так как это может повредить кожу, осторожно промывают естественные складки кожи. Смыв мыло с ребенка, вынимают его из ванны и, повернув спинкой вверх, обливают из кувшина теплой чистой кипяченой водой, заворачивают в заранее приготовленную теплую простыню. Обсушивают ребенка осторожным прикладыванием мягкой простыни к телу, во избежание травматизации кожи растирать ее не следует. Затем смазывают складки кожи детским кремом или стерильным растительным маслом, одевают в чистые теплые распашонки и укладывают в кроватку. После небольшого отдыха в 21 ч приступают к кормлению.

Ежедневные гигиенические водные процедуры снижают у детей нервное и мышечное напряжение дня и являются закалывающими мероприятиями.

Организация прогулок. Свежий воздух повышает аппетит, улучшает обменные процессы в организме, функцию дыхания, кровообращения. Если ребенок родился летом, то на прогулку с ним выходят в первый же день после выписки из родильного дома, а если осенью или зимой — то с 2—3-недельного возраста, в зависимости от погоды. На первую прогулку детей выносят при температуре воздуха не ниже -5°C , сначала на 10—15 мин, затем на 30—60 мин 2 раза в день. К месяцу пребывания на свежем воздухе должно составлять не менее 1,5 часа. В холодные дни прогулки желательно совершать чаще, но продолжительность их сокращают до 20—30 мин. Детей нужно приучать к прогулкам в любое время года, при этом ни в коем случае не кутая их. Полезен дневной сон на воздухе, особенно в зеленой зоне, вблизи озера или речки, где воздух более чистый.

Переходные (пограничные) состояния. Надо знать, что у новорожденных детей как проявление адаптации к внеутробным условиям жизни наблюдается ряд изменений, характеризующихся как переходные, физиологические. К ним относятся: физиологическая убыль тела; физиологическая эритема кожи, шелушение, токсическая эритема;

физиологическая желтуха; гормональный или половой криз; нагрубание молочных желез, метроррагия и др.

Физиологическая убыль массы тела развивается, главным образом, вследствие голодания в первые дни жизни. Максимальная убыль массы наблюдается на 3—4-й день жизни и обычно не превышает 6% от первоначальной массы (максимум 10%). Первоначальная масса тела восстанавливается у половины новорожденных к 6—7-му дню жизни, у 78—85% — к 10-му дню; все здоровые новорожденные к 14-му дню должны восстановить свою первоначальную массу. Недоношенные (III—IV степени) и родившиеся с крупной массой тела, а также больные дети медленнее восстанавливают первоначальную массу тела.

Физиологическая эритема отмечается практически у всех новорожденных первой недели жизни. У недоношенных может сохраняться до 2—3 недель. Физиологическое шелушение кожи возникает на 3—5-й день жизни у детей с особенно яркой эритемой при ее угасании. Особенно обильное шелушение отмечается у переносенных детей. Лечение не требуется.

Токсическая эритема встречается у 20—30% новорожденных и возникает на 2—5-й день жизни: ярко-розовые, слегка плотноватые пятна с серовато-желтыми папулами или пузырьками в центре располагаются чаще группами на разгибательных поверхностях конечностей, на ягодицах, груди, реже на лице и животе. Высыпания иногда обильные, иногда единичные; никогда не поражаются ладони, стопы, слизистые оболочки. Сыпь бесследно исчезает в течение нескольких дней. Лечение не требуется.

Физиологическая желтуха новорожденных наблюдается у 60—70% новорожденных. Желтушное окрашивание кожи появляется на 2—3-й день жизни, к 4—5-му дню оно усиливается, к концу недели или в середине второй недели исчезает. При этом состояние ребенка не страдает, цвет мочи и кала не изменяется.

Желтуха, сохраняющаяся у новорожденного более 2 недель или усиливающаяся, — признак патологии. Появление желтухи, независимо от выраженности, у ребенка после выписки из роддома всегда является признаком тяжелого заболевания. В таких случаях сестра должна в тот же день показать ребенка врачу (вызов врача на дом, направление и доставка ребенка в больницу — в зависимости от обстоятельств). Это положение должны учитывать в первую очередь сестры, работающие на ФАПах. Ранняя госпитализация ребенка в случае появления даже слабой

желтухи впервые после выписки из роддома является значительной.

Гормональный кризис включает в себя состояния, наблюдающиеся у 2/3 всех новорожденных, особенно у девочек. К ним относятся: нагрубание молочных желез, кровотечения из влагалища и отеки наружных половых органов. Нагрубание желез (физиологическая мастопатия) начинается на 3—4-й день жизни и максимально увеличивается на 7—10-й день, затем оно постепенно уменьшается и к концу 1-го месяца исчезает. Увеличение молочных желез всегда симметрично, кожа над увеличенной железой не изменена. Иногда возможно выделение содержимого беловатого цвета, по составу близкого к молозиву. Лечение не требуется, но при очень сильном нагрубании можно порекомендовать теплую стерильную повязку для предохранения от раздражения или компресс с камфорным маслом.

Кровотечения из влагалища (метроррагия) возникают обычно на 5—8-й день жизни у 5—10% девочек. Длительность вагинального кровотечения 1—3 дня, объем 0,5—1 мл. Лечение не требуется.

Отеки наружных половых органов держатся 1—2 недели, иногда дольше, проходят самостоятельно, без лечения. Отмечаются у 5—10% новорожденных.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ИЗ ГРУППЫ РИСКА. Согласно методическим рекомендациям МЗ СССР, при организации медицинской помощи детям раннего возраста особого внимания врача и медицинской сестры в условиях детской поликлиники требуют дети из двоен, недоношенные, с внутриутробной гипотрофией, с крупной массой при рождении, с перинатальной гипоксией и родовой травмой, дети от матерей с патологией беременности, инфекционными заболеваниями, выписанные из отделения патологии новорожденных и дети из семей с неблагоприятными социально-бытовыми условиями. Они относятся к группам риска и должны находиться под особым наблюдением. При любых отклонениях в состоянии ребенка, в его поведении медицинская сестра должна немедленно сообщить о них врачу.

Организация медицинской помощи недоношенным. Недоношенными считаются дети, рожденные между 28-й и 37-й неделями беременности, с массой тела от 1000 до 2500 г и ростом 35—46 см. В ряде случаев и доношенные новорожденные имеют массу менее 2500 г. Это наблюдается у детей из двоен, при многих внутриутробных заболеваниях, при пороках развития, у рожденных от

закорящих и употребляющих алкоголь матерей. В таких случаях речь идет о врожденной гипотрофии или о задержке внутриутробного развития (дети маленькие к сроку беременности). Дети, рожденные с массой ниже 2500 г и ростом ниже 46 см, независимо от срока беременности, считаются незрелыми.

С другой стороны, около 10% недоношенных детей имеют при рождении массу выше 2500 г и даже выше 3000 г. Тем не менее и такие дети имеют все особенности, характерные для недоношенных, они незрелые. Крупная масса при рождении часто бывает у недоношенных детей, рожденных от матерей с сахарным диабетом (диабетическая фетопатия).

Морфологические признаки недоношенности:

1. Пониженное питание. У глубоко недоношенных детей подкожный жировой слой полностью отсутствует, массо-ростовой коэффициент составляет 30—50, тогда как у доношенных он равен 60—80.

2. Пропорции тела: у недоношенных короткие ноги, высота головы по отношению к росту составляет 1/3—1/4, середина тела выше пупка, в то время как у доношенного на уровне пупка.

3. Ушные раковины мягкие, легко подворачиваются внутрь, плотно прилегают к черепу.

4. У девочек малые половые губы не прикрыты большими, половая щель зияет, хорошо виден клитор; у мальчиков яички не опущены в мошонку.

5. Отмечается обильный рост пушковых волос не только на спине и плечах, но и на других частях тела (на щеках, лбу, бедрах).

6. Преобладание мозгового черепа над лицевым, широко открытые швы, большие размеры переднего родничка, часто открыт малый родничок.

7. Экзофтальм, нередко сочетающийся с увеличением лобных и теменных бугров, что наиболее отчетливо проявляется на 2—3-м месяце жизни.

Для недоношенных детей характерна морфофункциональная незрелость всех органов и систем, прежде всего центральной нервной системы; степень выраженности этой незрелости находится в зависимости от срока беременности. У недоношенных наблюдается аритмия дыхания, могут быть периоды апноэ (остановка дыхания)—обычно у глубоко недоношенных, с гипоксическими поражениями ЦНС. Если приступ апноэ длится более 15 секунд и сопровождается брадикардией, может развиваться асфиксия и внезапная смерть. Приступы апноэ могут иметь место

при заболевании менингитом, острых вирусных респираторных инфекциях, бронхолите, пневмонии, коклюше и др. заболеваниях. Если мать указывает, что у ребенка мечаются приступы апноэ, медицинская сестра должна немедленно поставить об этом в известность врача и в зависимости от обстоятельств, направить и доставить ребенка в стационар.

Дискинезии желудочно-кишечного тракта у недоношенных детей проявляются срыгиванием, рвотой, вздутием живота, болями в животе, задержкой газов и стула и связаны с незрелостью иннервации и несовершенством центральной вегетативной регуляции. Эти же симптомы могут наблюдаться и при нарушении питания, пороках развития желудочно-кишечного тракта, при многих инфекционных и соматических заболеваниях, дисбактериозе, кишечных инфекциях и т. д. В связи с этим, при появлении у недоношенного ребенка перечисленных выше признаков, он должен быть обязательно осмотрен врачом (сестра осуществляет вызов врача к ребенку на дом или, в условиях ФАПа, направляет и доставляет ребенка в больницу).

Для недоношенных детей характерно несовершенство терморегуляции, поэтому они быстро охлаждаются и также быстро перегреваются.

Сочетание повышенной теплоотдачи с пониженной теплопродукцией предрасполагает недоношенных детей к охлаждению. Непосредственной причиной его являются дефекты ухода. Охлаждение заметно ухудшает состояние детей и часто способствует возникновению у них пневмонии, приступов асфиксии.

Перегреванию подвержены все недоношенные, но особенно дети с поражением ЦНС. Склонность к перегреванию сохраняется у них до 4—5-го месяца жизни. Перегревание сопровождается повышением температуры тела — от небольшого субфебрилитета до высокой температуры тела (39,5—40°C). При перегревании дети становятся вялыми, хуже сосут, у них нередко учащается стул. У недоношенных с поражением ЦНС может появиться судорожное состояние. Температурная реакция при инфекционных процессах глубоко недоношенных своеобразна и характеризуется неспособностью их реагировать повышением температуры тела в ответ на внедрение инфекции. Многие тяжелые септические заболевания (деструктивная пневмония, остеомиелит, перитонит, сепсис, менингит) не сопровождаются у недоношенных детей повышением температуры тела или протекают с небольшой субфебрильной

температурой. Вместе с тем при перегревании у них температура тела может повышаться до 39—40°C. Это своеобразиие температурной реакции может явиться причиной диагностических ошибок. Следует запомнить, что нормальная температура у глубоко недоношенного ребенка не исключает наличия очагов инфекции, высокая температура часто свидетельствует о перегревании.

Недоношенные с массой тела около 2000 г реагируют на появление очагов инфекции так же, как и доношенные дети.

Неотложная помощь при перегревании недоношенных детей: развернуть ребенка, убрать грелку; растереть кожу туловища и конечностей раствором спирта (одеколона, водки) пополам с водой до появления красноты; напоить ребенка кипяченой охлажденной водой; через 20—30 мин снова измерить температуру тела.

Если она не снижается и ребенок беспокойный, вялый, — сделать вызов врача на дом и дать жаропонижающее средство: 25% р-р анальгина 0,1 мл и 1% р-р димедрола 0,1 мл в/мышечно.

Выхаживание детей, родившихся преждевременно, состоит в создании обстановки, обеспечивающей оптимальные условия для развития и сохранения жизни.

Диспансерное наблюдение за недоношенными на педиатрическом участке предусматривает:

1. Создание благоприятных условий и проведение профилактических мероприятий в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка.

2. Проведение восстановительной терапии, способствующей реабилитации после перинатального поражения ЦНС.

3. Раннюю диагностику и лечение заболеваний ребенка с последующим диспансерным наблюдением.

Здоровые недоношенные с массой тела при рождении 2000—2500 г выписываются из роддома домой. Дети с меньшей массой тела, а также страдающие перинатальной патологией переводятся из роддома в отделения выхаживания и патологии недоношенных.

Особенности наблюдения за недоношенными детьми в условиях педиатрического участка. Первичный патронаж выполняется участковым педиатром и медицинской сестрой в день выписки ребенка из роддома.

Недоношенные дети должны быть обеспечены весами, а при снижении лактации или отсутствии молока у матери — донорским молоком.

Частота наблюдения участковым педиатром и медицинской сестрой устанавливается индивидуально, в зависимости от конкретных условий.

Недоношенные дети кроме педиатра должны наблюдаться заведующим педиатрическим участком или зав. детской поликлиникой (консультацией), невропатологом, офтальмологом, сурдологом и др.

При оценке физического и психомоторного развития недоношенных детей медсестра должна учитывать массу тела при рождении, срок беременности, характер внутриутробного развития и течение раннего неонатального периода.

Для здоровых недоношенных детей характерны высокие темпы физического развития. Наименьшая прибавка массы приходится на 1-й месяц, наибольшая—на 3—4-й. Глубоко недоношенные дети удваивают свою первоначальную массу к 2—3-му месяцу, а к 1 году увеличивают ее в 6—8 раз. Дети, рожденные с массой 1500—2000 г удваивают ее к 3 месяцам, а к году увеличивают в 4—6 раз (см. приложение № 1).

Рост недоношенных за первый год увеличивается на 27—38 см; на втором году — на 2—3 см ежемесячно. Средний рост недоношенного ребенка к году достигает 70—77 см. Ежемесячное увеличение окружности головы в первом полугодии составляет 1—4 см, во втором 0,5—1,0 см. Окружность головы за первый год увеличивается у недоношенных на 15—19 см и в год составляет 44,5—46,5 см.

Психомоторное развитие у недоношенных с массой при рождении до 2000 г отстает по сравнению с доношенными и примерно соответствует не календарному, а гестационному возрасту (см. приложение № 2). Следует иметь в виду, что длительно болеющие, а также те недоношенные дети, которые в силу разных обстоятельств лишены индивидуального ухода, отстают в психомоторном развитии в большей степени.

Медсестра следит за физическим и психомоторным развитием ребенка и напоминает родителям, что для того, чтобы ребенок развивался нормально, с ним необходимо заниматься кропотливо и систематически (массаж, гимнастика, показ игрушек, разговор и т. д.).

Вскармливание недоношенных детей. Идеальным питательным продуктом для новорожденного является материнское молоко, поэтому медсестра должна всячески помогать матери сохранить лактацию и убедить остальных членов семьи в необходимости создания для нее наиболее благоприятных условий. Целесообразно соблюдать режим

кормления, начатый в роддоме или в отделении выхаживания недоношенных, т. е. 7-разовое кормление через каждые 3 часа с ночным перерывом в 6 часов. В случае недостаточной лактации медсестра обязана доложить об этом врачу и провести контрольное взвешивание ребенка в разное время суток (3—4 раза). Недостающее количество молока восполняется молочными смесями. Количество молока в сутки определяется по калорийному расчету: к 10—14-му дню недоношенному ребенку необходимо обеспечить 100—120 ккал на кг в день, а к 1 месяцу — 140 ккал/кг. С 2-месячного возраста расчет калорий производится с учетом массы при рождении. Дети, родившиеся с массой 1500 г, должны получать 130—135 ккал в сутки, тогда как маловесные (масса при рождении до 1500 г) нуждаются в 140 ккал/кг до 3-месячного возраста, а к 4—6 месяцам — 130 ккал/кг.

Приводим пример расчета питания по калорийности. Ребенку 2,5 месяца, масса при рождении 1300 г, масса в возрасте 2,5 месяца — 2600 г. Учитывая, что калорийность 100 мл женского молока составляет 65 килокалорий, ребенок должен получать в день $\frac{140 \times 2,6 \times 100}{65} = 560$ мл

молока, или по 80 мл 7 раз в сутки через каждые 3 часа. Смешанное и искусственное вскармливание ребенку должен назначить врач. Сестра показывает, как готовить смеси, учит мать технике искусственного вскармливания, проверяет правильность выполнения рекомендаций врача.

Для смешанного и искусственного вскармливания недоношенных детей используются адаптированные молочные смеси «Малютка», «Малыш», «Детолакт», «Виталакт».

Недоношенный ребенок нуждается в определенном количестве жидкости. Оптимальное количество жидкости (с учетом молока) составляет в возрасте 10 дней 125—130 мл/кг, 15 дней — 160 мл/кг, 20 дней — 180 мл/кг, 1—2 месяца — 200 мл/кг. В общей сложности недоношенному, помимо питания, требуется в день дополнительно 100—150 мл жидкости (чуть подслащенный чай, кипяченая вода, сок, настой шиповника).

Соки овощные и фруктовые недоношенным начинают вводить с 3—4-недельного возраста в постепенно возрастающей дозировке — с 3—5 капель ежедневно, увеличивая это количество до 1—2 чайных ложек. К 2 месяцам младенец получает 20 мл сока, к 3—4 месяцам — до 30 мл, к 6 месяцам — 50 мл. Сок дается после кормления с питьем или

в чистом виде. Рекомендуются следующие соки: яблочный, черносливовый, черносмородиновый, морковный; виноградный сок нередко вызывает брожение в кишечнике и вздутие живота. Лимонный сок у части детей вызывает аллергические реакции. Значительным аллергенным действием обладают клубничный, малиновый, земляничный и апельсиновый соки.

С 3-х месяцев назначают фруктовое пюре, начальная доза в 1/2 чайной ложки к 6 месяцам постепенно возрастает до 30 г, а во втором полугодии жизни — до 50 г. При кормлении недоношенным детям назначается в такие же сроки, как и доношенным.

Особенности ухода и физического воспитания недоношенных детей. При организации ухода и физического воспитания недоношенного ребенка медицинская сестра должна учитывать его индивидуальные особенности, гестационный возраст, массу при рождении, степень зрелости, перенесенные заболевания.

Пеленание, подмывание и другие манипуляции проводятся при температуре 22—26°, в зависимости от степени зрелости ребенка. Оптимальной температурой помещения является 20—22°C. Комната должна регулярно, не менее 3 раз в день, проветриваться зимой, а летом рекомендуется держать окна открытыми постоянно. В теплое время года прогулки начинают сразу после выписки из роддома. Летом все промежутки времени между кормлениями ребенок должен проводить на открытом воздухе, а в очень жаркие (более 30°C), ветреные и дождливые дни — в помещении при открытых окнах. Весной и осенью прогулки следует начинать с 1—1,5 месяца при массе тела не менее 2500 г, зимой — с двухмесячного возраста при массе ребенка не менее 2800—3000 г и температуре воздуха не ниже —10°C. Первые прогулки зимой не должны длиться более 10—15 мин. Со временем сон на свежем воздухе может длиться 40—60 мин 2—3 раза в день с продолжением его в комнате. Если во время прогулки ребенок беспокоен, у него побледнело лицо, посинели губы, следует сразу же занести его в помещение.

Специальные методы физического воспитания. Выкладывание на живот способствует укреплению мышц затылка, конечностей, живота. Выкладывание на живот недоношенных детей рекомендуется начинать с 3-недельного возраста при удовлетворительном состоянии — перед кормлением на 2—3 мин. Сначала 1—2 раза, затем 3—4 раза в день.

Поглаживающий массаж способствует расслаблению мышц. Начинают его с 1—1,5 месяца жизни. Пока у ребенка сохраняется мышечная гипертония, разрешается только поглаживание и движение рефлекторного характера. После исчезновения мышечной гипертонии применяют другие приемы массажа: легкое растирание, разминание, поколачивание и пассивные упражнения с постепенным их усложнением. Эти приемы массажа и гимнастики у детей с массой тела при рождении менее 1500 г можно применять только с 6 месяцев, а у детей, рожденных с массой более 2000 г — с 2—3 месяцев. После 7—9 месяцев с ребенком проводят более сложные упражнения: поворот с живота на спину, ползание, вставание на четвереньки, присаживание, вставание на ножки. Приемам массажа и гимнастики мать обучается в кабинете по воспитанию здорового ребенка при детских поликлиниках с помощью специально подготовленной медицинской сестры, а при отсутствии таковой — патронажной медицинской сестрой.

Режим недоношенного ребенка. Основой правильного воспитания является четкий, физиологически обоснованный режим, устанавливаемый в зависимости от степени недоношенности. Считается целесообразной следующая последовательность режимных моментов: сон, кормление, бодрствование. Эту последовательность сохраняют у доношенных до 9 месяцев, а у недоношенных до 10—12.

При назначении режима недоношенным учитывается масса при рождении, тяжесть перинатальных поражений ЦНС, перенесенные заболевания и другие индивидуальные особенности ребенка. В приложении № 3 приводится примерная схема режима дня недоношенных детей.

При задержке развития, связанной с перинатальной патологией ЦНС, перенесенными респираторными или септическими заболеваниями, перевод ребенка на новый режим может быть задержан на 1 и более месяцев.

Недоношенные, родившиеся с массой более 2000 г и без перинатальной патологии центральной нервной системы, к концу года обычно не отличаются от своих доношенных сверстников, поэтому их режим должен приближаться к режиму доношенных детей.

При первичном патронаже участковой медсестры должны быть рассмотрены следующие моменты: организация уголка ребенка; необходимые предметы ухода за ребенком и медикаменты, их хранение; одежда ребенка, значение свободного пеленания; правила хранения чистого и гряз-

ного белья, замачивания и стирки последнего; ежедневный туалет ребенка (уход за пупочной ранкой, кожей, слизистыми оболочками и т. д.); правила проведения первой ванны, организация купания ребенка; организация прогулки; температурный режим в комнате, санитарное состояние и уборка помещения, где находится новорожденный; вскармливание ребенка, режим дня кормящей матери, профилактика гипогалактии; роль отца в уходе и воспитании новорожденного.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Физическое развитие является объективным показателем здоровья, зависящим от эндогенных и экзогенных факторов. Скорость роста, созревание различных органов и систем в основном запрограммированы наследственными механизмами и в благоприятных условиях идут согласно «программе». Неблагоприятные факторы, особенно в раннем возрасте, могут нарушить последовательность роста и развития.

В литературе последних лет отмечено ускорение физического и полового развития детей на два года по сравнению с данными конца прошлого столетия. В настоящее время рост 7-летнего мальчика соответствует росту 9-летнего ребенка тех лет. Дети рождаются более крупными, у них раньше сменяются зубы, окостеневает скелет, убыстряются темпы роста. В развитых странах акселерация проявляется сильнее, чем в слаборазвитых. В Молдавии за 10 лет среднегодовой прирост длины тела дошкольников увеличился на 0,62 см, длина тела на 0,8—4,1 см. Темпы акселерации в городе выше, чем в селе.

Пониженные длина и масса тела свидетельствуют о наличии неблагоприятных факторов: неадекватность питания и режима жизни, хронические заболевания и т. д. Зачастую отклонения в росте и массе тела являются первыми признаками заболевания, поэтому в первый год жизни ребенка антропометрия проводится через каждый месяц, а в период от 1 до 2 лет — через 3 мес., от 2 до 3 лет — через 6 мес., от 3 до 15 лет — ежегодно.

Изменения массы тела более быстры и более чувствительны к воздействию неблагоприятных факторов, чем изменения роста. Поэтому у новорожденных и грудных детей в критические моменты (болезнь, изменение питания и др.) взвешивание проводят ежедневно. Быстрое падение массы тела в грудном возрасте отмечается при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сопровождающихся рвотой и жидким стулом, при выраженной одышке, повышении температуры тела. Хронические расстройства пита-

ния и заболевания приводят к более медленному нарастанию массы и длины тела.

Основными признаками физического развития являются рост, вес, окружность грудной клетки, окружность голеней. Измерения роста грудных детей проводят с помощью горизонтального ростомера: теменная часть головы уложенного ребенка плотно соприкасается с неподвижной планкой ростомера, а подошвы выпрямленных ног (надавить рукой на колени) — с подвижной планкой.

Измерение роста детей старше года проводится с помощью вертикального ростомера. Ребенок ставится на площадку так, чтобы пятки его касались вертикальной стойки ростомера, а голова находилась в положении, при котором наружный край глазницы и верхний край козелка уха располагались бы на одной линии. Подвижная планка прикладывается к голове без надавливания. Антропометрия проводится утром.

Рост новорожденного в среднем равен 50,5 см, в первые три месяца жизни ежемесячное увеличение роста составляет 3 см, во второй четверти года — 2,5 см, в третьей — 1,5 см, в четвертой — по 1 см в месяц. Рост в годовалом возрасте должен составить в среднем 75 см. Нормальный рост ребенка до 4-х лет можно рассчитать по формуле:

$$100 - 8 \times (4 - n), \text{ а старше четырех лет:} \\ 100 + 6 \times (n - 4),$$

где n — возраст ребенка в годах.

Взвешивание детей до 2-х лет проводят в утренние часы на весах с лотком, более старших — на рычажных медицинских весах. Дети должны быть раздеты.

Ребенок рождается с массой 2800—4000 г. Массу тела ребенка до 6 месяцев можно определить по формуле:

$$M_p + 800 \times n,$$

где M_p — масса при рождении, 800 — средняя месячная прибавка, n — число месяцев жизни. Для детей второго полугодия:

$$M_p + (800 \times 6) + 400 (n - 6).$$

Масса ребенка в 6 месяцев составляет 8200 г; на каждый недостающий месяц вычитается по 800, на каждый последующий — прибавляется 600 г.

У детей старше года ориентировочную массу тела можно определить так: $10,5 + 2n$, где 10,5 кг — масса тела годовалого ребенка, n — возраст от 2 до 11 лет.

Более точную оценку нарастания массы тела и ее соответствия росту можно составить по центильным таблицам (см. приложение № 4). Если масса тела ребенка попадает в срединную зону (25—75-й центили), то масса соответствует росту. Зона от 25-го до 10-го центиля — тенденция к снижению, от 75-го до 90-го — тенденция к повышению массы тела; зоны от 10-го до 3-го центиля — явное снижение, от 90-го до 97-го — значительное повышение массы тела.

Окружность грудной клетки у детей раннего возраста измеряется в положении лежа, у детей старше года — в вертикальном положении. Сантиметровую ленту накладывают сзади под углами лопаток, спереди — на околососковые кружочки. У девочек-подростков лента проходит под нижними углами лопаток и под грудными железами. Измерение окружности грудной клетки проводят на высоте вдоха, выдоха и во время дыхательной паузы у детей старшего возраста, которые могут задержать дыхание. По разности окружности грудной клетки во время максимального вдоха и выдоха определяют амплитуду экскурсий грудной клетки.

Окружность грудной клетки при рождении в норме 32—34 см, в 6 месяцев — 45 см. Для ориентировочного определения окружности грудной клетки у детей до 1 года используется следующий расчет: на каждый недостающий месяц до 6 надо из 45 вычесть 2 см, на каждый последующий месяц после 6 месяцев прибавить 0,5 см. Например, для определения окружности груди четырехмесячного ребенка из 45 см вычитаем $(2 \times 2 \text{ см})$ и получаем 41 см. Окружность груди восьмимесячного ребенка равна $45 + (2 \times 0,5 \text{ см}) = 46 \text{ см}$.

Окружность груди для детей до 10 лет определяется по формуле:

$$63 \text{ см} - 1,5 \text{ см} (10 - n),$$

где 63 см средняя окружность груди ребенка 10 лет, n — число лет. Окружность груди детей старше 10 лет:

$$63 \text{ см} + 3 \text{ см} (n - 10).$$

Пример: окружность груди ребенка 13 лет равна:

$$63 + 3 (13 - 10) = 72 \text{ см}.$$

Измерение окружности головы проводится также с помощью сантиметровой ленты по максимальному периметру головы, которую сзади накладывают на наиболее выдающуюся часть затылка, а спереди на надбровные дуги. В

целях соблюдения асептики у новорожденных ленту после употреблением обрабатывают дезинфицирующим раствором, через месяц постоянного употребления ее заменяют новой.

Окружность головы при рождении составляет 34—35 см; окружность головы ребенка 6 месяцев равна 43 см. Для детей до 1 года окружность головы определяется так: на каждый недостающий месяц из 43 см надо отнять 1,5, а на каждый последующий прибавить по 0,5 см. Так, окружность головы ребенка в 4 месяца равна: $43 - (1,5 \times 2) = 40$ см; в 8 месяцев: $43 + (0,5 \times 2) = 44$ см. Для определения окружности головы у детей старше года за основу берется окружность головы ребенка 5 лет — 50 см; на каждый недостающий год из 50 вычитают по 1 см, на каждый последующий — прибавляют 0,6 см. Так, окружность головы ребенка в 3 года $= 50 - (1 \times 2) = 48$ см, а в 7 лет $= 50 + (2 \times 0,6) = 51,2$ см.

ЗАКАЛИВАНИЕ. Закаливание детей предусматривает воздействие на организм ребенка физических факторов внешней среды — воздуха, воды, солнца. Дети первого года жизни наиболее подвержены холоду, в связи с чем закаливающие процедуры направлены на тренировку терморегуляции. В этом возрасте закаливание проводят воздухом и водой. Температура воздуха в помещении, где находится ребенок, должна быть $+22^{\circ}\text{C}$. Обязательный сон на воздухе может проходить при температуре от -15° до $+30^{\circ}$. Во время пеленания и массажа воздушная ванна продолжается 5—6 мин в первом полугодии жизни и до 12 мин во втором. Умывают ребенка водой температурой $20-24^{\circ}$, температура общей ванны $36-37^{\circ}$ с последующим обливанием водой температурой $34-35^{\circ}$. К закаливающим процедурам относятся и обтирания: в течение 7—10 дней сухие (фланелевой рукавичкой до слабого покраснения) а затем влажные — с температурой воды $34-35^{\circ}$, постепенно снижая ее до 30° .

Грудных детей целесообразно учить плавать в домашней ванне начиная с 14—15 дней. Дети рождаются с плавательными рефлексами, которые исчезают после 3—4 месяцев, если их не закрепить. Первые уроки плавания начинаются в положении ребенка на спине. Двумя руками поддерживают ему голову, шею и верхнюю часть спинки. Прежде чем проводить с ребенком плавательные упражнения (покачивание, проводка вдоль ванны и погружение) родители обучаются им сначала на кукле. Через несколько дней ребенка обучают плаванию на груди и спине, поддерживая голову уже отдельными пальцами, отнимая их на мгновение

от затылка. В возрасте 3—4 месяцев подкладывают под голову надувную подушку, что способствует выработке навыков самостоятельного плавания. В возрасте 6 месяцев ребенок уже погружается в воду за игрушками, плавает вдоль ванны с ними, ныряет за ними.

Закаливание детей старше года следует начинать со щадящих воздушных ван, сначала в комнате, а затем и на открытом воздухе при температуре 22—23° в безветренную погоду. Ребенка раздевают до пояса или оставляют совсем голенького на несколько минут, увеличивая каждые 3 дня процедуру на 2 мин, доводя в итоге время до 30 мин. В целях усиления закаливающего действия постепенно облегчают повседневную одежду детей: сначала рубашку заменяют майкой, чтобы обнажить руки и шею, затем чулки заменяют носками и обнажают ноги, наконец снимают и майку, оставляя ребенка в одних трусах.

Прогулки на свежем воздухе проводятся ежедневно. Общая продолжительность пребывания на воздухе в течение суток (включая и сон на воздухе) составляет для детей до 2—3 месяцев 2—3 ч, до 4—5 месяцев — 4 ч, от 1 года до 7 лет — 5—6 ч. В летнее время, когда температура в тени достигает 18—20°, вся жизнь детей, за исключением ночного сна, переносится на открытые веранды или под тень деревьев. В знойные дни, при температуре воздуха более +30° и зимой при температуре —15° дневной сон ребенка рекомендуется проводить в помещении с открытыми окнами, чтобы предохранить его летом от перегревания, а зимой от переохлаждения.

Воздушно-солнечные ванны проводят детям всех возрастов при температуре воздуха 22—23° в тени, а по мере привыкания — и при более низкой температуре. Продолжительность ванны зависит от возраста и общего состояния ребенка.

Большое значение для закаливания имеет соответствующая сезону одежда ребенка, так как дети не должны перегреваться и переохлаждаться.

Закаливание водными процедурами в любом возрасте начинается постепенно. К ним относятся умывание, ножные ванны, обтирания, души, купания. При их проведении надо внимательно следить за реакцией ребенка. Правильно проводимые процедуры должны вызвать у детей положительные эмоции. Закаливающие водные процедуры проводят ежедневно круглый год в любую погоду (на воздухе либо в помещении). С увеличением возраста ребенка переходят от легких к более сильнодействующим: от обтирания к обливанию, душу, купанию.

Умывание. Ребенку до 2 лет умывают лицо и кисти рук вначале водой 28°, затем температуру постепенно понижают на 1° каждые 2—3 дня, доводя ее до 22—20°. Детям 2—3 лет умывают лицо, шею, верхнюю часть груди и руки до локтей, при этом температура воды может быть постепенно снижена до 18—16°, детям старше 3-х лет — до 16—14°.

Обливание стоп начинают водой температурой 36—35° и в течение недели снижают ее до 32°, в дальнейшем температуру снижают каждые 3—4 дня, доводя ее для детей до 6 месяцев до 30°, до 1 года — до 28°, старше года — до 26—24°. После обливания стопы обсушивают и хорошо растирают рукавичкой из мохнатой ткани.

Ножные ванны. Вначале ноги ребенка погружают до голеностопных суставов в воду температурой 36—34°, затем каждые 3—4 дня температуру понижают, доводят ее до 24—20°. Длительность ванны также постепенно увеличивается с 2—3 секунд до 10—15.

Обтирание можно начинать с 3-месячного возраста. Очень маленьким и ослабленным детям до обтирания в течение одной — двух недель рекомендуется проводить сухие растирания куском чистой фланели до слабого покраснения. Обтирание детей до 12 месяцев начинают водой температурой 35—33° и постепенно понижают ее до 28°; у детей от 1 года до 3 лет воду с 34—33° доводят до 27—25°; у детей от 4 до 7 лет начальную температуру 32—30° снижают до 24—22°. Обтирание проводят следующим образом: хорошо смоченной в воде и слегка отжатой рукавичкой обтирают сначала только руки — от пальчиков до плеча, через 3 дня добавляют грудь, затем спину, потом все тело. Маленьким детям обтирание делают в лежачем положении, после 1—1,5 лет — в положении стоя; при этом рекомендуется сначала обтереть всю верхнюю половину тела, а затем нижнюю. Детей 5—7 лет можно приучать делать обтирания самостоятельно, родители лишь помогают смочить рукавичку и обтереть спину.

Обливание оказывает более сильное действие, чем обтирание. Начинать обливание нужно с 1,5—2 лет. Температура воды должна быть на 1° выше, чем при обтирании. Обливание можно проводить из лейки или кувшина, не допуская попадания струи на голову ребенка.

Душ является еще более сильнодействующей процедурой, так как здесь температурное раздражение сочетается с давлением воды. Рекомендуется с 2—3-летнего возраста. Температура воды и постепенность ее снижения такие же, как при обливании. Длительность пребывания под

душем 20—40 сек. Во время обливания или душа дети становятся в таз с теплой водой или на деревянную решетку. Температура воздуха в помещении при этом должна быть для детей до 1,5 лет 22—20°, для более старших — не менее 20—18°. Водные процедуры заканчивают растиранием мохнатой рукавичкой или полотенцем до покраснения кожи. Учитывая тонизирующее и возбуждающее действие водных процедур, рекомендуется проводить их после сна и до еды. Летом температура воды должна быть на 1—2° ниже, чем зимой.

Купания в реке, озере или море являются наиболее сильнодействующей процедурой. Купания в водоемах разрешаются только с 3—4 лет после предварительной подготовки в присутствии взрослых. Температура воды должна быть не ниже 22°, воздуха 24—26°. Длительность купания от 1—2 мин постепенно увеличивается до 5. Не допускается купание детей потных, охлажденных и раньше чем через 1—1,5 часа после еды. В воде дети должны двигаться, старшие — плавать. При появлении озноба ребенка нужно немедленно вывести из воды. После купания его нужно обтереть досуха и дать возможность согреться легкими движениями, побыть в тени.

Во время водных и воздушных процедур следят за самочувствием ребенка, и при появлении неблагоприятных реакций прекращают их. Временными противопоказаниями к закаливающим процедурам являются острые заболевания ребенка, особенно при повышенной температуре. Если перерыв в закаливании составляет 14 и более дней, все процедуры следует начинать сначала.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ. О том, как создать в семье нормальные условия для правильного нервно-психического развития (НПР) ребенка, родители, особенно молодые супружеские пары, должны узнать от участкового врача-педиатра и патронажной сестры еще на этапе проведения дородовых патронажей.

При первом патронаже новорожденного проводится проверка всех безусловных рефлексов, с которыми рождается ребенок и которые помогают ему выжить в условиях внешней среды. Новорожденный видит, слышит, ощущает вкус, температуру. Он умеет сосать, глотать, совершать плавные движения ручками, ножками, умеет потягиваться. Медсестра наблюдает, как ребенок затихает, прислушиваясь к разговору, как он сосредоточивает взгляд на яркой игрушке, ярком крупном рисунке цветного ковра.

В первые две недели жизни ребенок бодрствует 25—30 мин — это время используется на гигиенические процедуры и кормление. К концу первого месяца длительность сна сконцентрирована на ночь (13—14 часов), а бодрствования — на день (в общей сложности 3,5—4 часа). Во время бодрствования у малыша поддерживают активное спокойное состояние, формируют умение прислушиваться к звукам, вызывают слежение за движением предмета в течение 2—5 сек. У ребенка появляется первая улыбка на разговор взрослого.

На 2-м месяце у ребенка уже сформированы устойчивые зрительные и слуховые ориентировочные реакции. Доказательством тому являются ищущие повороты головки в сторону звука. Он прислушивается к звукам речи и пению взрослого. Здоровый малыш проявляет радость при общении со взрослым. Ребенок способен дифференцировать настроение взрослого не понимая слов, на суровый тон он отвечает гримасой плача. Лежа на животе поднимает голову, непродолжительно удерживает ее.

В 3 месяца у малыша отмечается устойчивый зрительный рефлекс на кормление грудью. Ребенок узнает мать.

Появляются первые голосовые реакции — гуканье, гуление. В это время формируется «комплекс оживления», при котором бурная радость сопровождается общими движениями — у ребенка выпрямляются ручки в локтевом суставе, разжимаются пальчики, он хватает игрушки, к которым прикасается. Хорошо упирается на ножки. Лежа на животе, прогнувшись, упирается на предплечья, подолгу удерживает головку, следит за предметами. В это время непрерывное бодрствование может длиться до 1—1,5 часа.

На 4-м месяце жизни у ребенка должно быть сформировано положительное отношение ко всем режимным процессам. Он активен при кормлении, поддерживает руками грудь матери или бутылочку. Способен находить взглядом источник звука, может длительное время (до 1 часа) рассматривать яркий предмет, лицо другого ребенка. Малыш подолгу гулит, появляются элементы эмоциональной интонации. Громко смеется, поворачивается со спины на живот. Важным достижением в жизни малыша является развитие движений рук.

К 5-му месяцу у ребенка отмечаются целенаправленные движения рук — четко берет игрушку из рук взрослого, рассматривает, перекладывает из одной руки в другую, бросает ее. Этот возрастной период характеризуется еще одним важным показателем — развитием подготовительных этапов активной речи. К 5—6 месяцам в гулении ребенка можно услышать согласные звуки: п, б, т, д, м, н, л и др. Произносит первые слоги — ба, ма, та и др. — то есть появляется лепет. Длительность бодрствования составляет около 1,5—2 часов. К этому возрасту ребенок совершает первые самостоятельные движения в положении лежа на животе. В 5 месяцев сидит неустойчиво, в 6 — сидит уверенно, совершает переворот со спины на живот, немного подползает вперед. В возрасте 6—7 месяцев начинает манипулировать предметами, оказавшимися у него в руках: рассматривает, постукивает, нажимает, бросает и др. Далее, подражая взрослому, ребенок выполняет целенаправленные действия: вкладывает в коробку игрушку, закрывает крышку, катит мяч и др.

К 7 месяцам «комплекс оживления» сменяется длительным эмоциональным лепетом: ребенок смеется, выражает свое состояние радостными возгласами. В лепете и в действиях с предметами подражает взрослому. Радует яркими игрушкам. Игрушки не рекомендуется подолгу оставлять в кроватке, так как малыш сам еще не умеет играть с ними, а постоянно их видя, он перестает им радоваться.

К 7 месяцам ребенок уже может ползать, а в 8 ползает много, быстро и в разных направлениях. К этому возрасту ребенок уже овладевает вертикальным положением, умением садиться, стоять, опускаться. К 9 месяцам он умеет переходить от опоры к опоре.

Между 6 и 10 месяцами ребенок начинает понимать речь взрослого. Это влияет на формирование его действий и движений, стимулирует развитие активной речи. По просьбе взрослого находит глазами названный предмет, выполняет простые действия: хлопает в ладошки («ладушки»), машет ручкой на слово «до свидания». К 9 месяцам ребенок знает свое имя, понимает слова «садись», «пей», «дай ручку» и др.

Активная речь ребенка характеризуется умением повторять за взрослым слоги, увеличением их числа и различных звуко сочетаний к 9—10 месяцам. Однако в этом возрасте ребенок, овладевая новыми движениями, может в некоторой степени «задержать» развитие активной речи: то есть не развивается лепет, особенно в тех случаях, когда взрослые мало общаются с малышом. Лепет может не развиваться при пониженном слухе, наличии нераспознаваемых дефектов речевого аппарата, поражении нервной системы.

В 9—10 месяцев ребенок самостоятельно пьет из чашки, снимает пищу с ложки губами, появляются элементы прожевывания пищи. Засыпает спокойно в кроватке, если не приучен к укачиванию, к соске. Днем спит 2 раза по 2,5—2 часа. В возрасте от 9—10 месяцев до 1 года ребенок может бодрствовать до 2,5—3,5 часа. Активность его во многом зависит от воспитания и тренировки.

В последние 3 месяца первого года жизни у ребенка появляются сложные эмоциональные реакции: радость при достижении желаемого, жалость, ревность, окрашенное эмоциональное отношение к взрослым и другим детям пробуждается интерес и доброжелательность к животным.

Малыш активно двигается. Он все еще много ползает, но уже и ходит, держась за опору. Многие дети к 10—11-му месяцу начинают ходить самостоятельно, без поддержки. Ребенок может вставать, переступать через крупные предметы. Движения ручками более уверенны.

Много нового появляется и в понимании речи. Ребенок находит названную игрушку среди многих других, показывает однородные предметы, которые чем-то отличаются (разные по величине и цвету мячи, пуговицы, часы и др.) начинает осваивать смысл слов «нельзя», «можно», «хорошо», «плохо», знает имена близких людей.

Между 9-м и 12-м месяцами ребенок овладевает первыми словами: слоги становятся составными частями произносимых слов (баба, мама, папа, дай, на, бах, ав и др.). К концу года он произносит около 10 облегченных «лепетных» слов.

К году ребенок уже умеет сам пить из чашки: берет ее двумя руками, пьет, ставит на стол и т. д. При одевании, умывании, раздевании малыш с готовностью протягивает руки, подставляет лицо. Спокойно сидит на горшке.

ВТОРОЙ ГОД ЖИЗНИ. Большинство детей на 2—3-м году жизни воспитывается в детских дошкольных учреждениях. Однако часть из них все же находится дома и наблюдается медицинской сестрой и врачом педиатрического участка в декретированные сроки — через каждые 3 месяца на 2-м и 1 раз в полгода на 3-м году жизни.

В этот возрастной период дети очень нуждаются в обучающем воздействии взрослых. Медицинскому персоналу необходимо не только констатировать уровень НПР ребенка в определенные возрастные периоды, но и научить родителей воспитательным приемам, обеспечить их специальной литературой, которая служила бы им в этом деле подспорьем. Родители должны знать возрастные показатели НПР, уметь организовать режим, особенно бодрствование ребенка, так как его умственные способности формируются только в период бодрствования.

В детском дошкольном учреждении с детьми 2-го года жизни уже проводятся различные тематические занятия, которые преследуют цель развивать у детей активную речь, познавать свойства предметов, различать цвет, величину и др. Для этого воспитатели используют цветные картинки, кубики, шары разной величины, создают дидактические уголки — «кухню», «столовую», «ванную» и др.

С детьми проводятся также занятия по физической культуре, на которых у малышей совершенствуется двигательная активность. В домашних условиях многие дети лишены таких возможностей.

Каковы же главные достижения малыша на 2-м году жизни? В этом возрасте формируются некоторые социальные черты личности ребенка: любовь к близким, сочувствие к сверстникам, адекватная реакция на оценку своих действий со стороны взрослых. Ярко проявляются познавательные импульсы, первые волевые качества (стремление получить результат действия), наиболее интенсивно формируется понимание речи взрослого и активная речь самого ребенка; происходит сенсорное развитие игровой деятельности, формируются навыки самостоятельности.

В 1 год и 3 месяца запас слов у ребенка расширяется медленно. Понимание речи взрослого развивается быстрее, чем совершенствуется собственная речь. Ребенок в этом возрасте ориентируется в понятиях «большой» и «маленький», воспроизводит действия с предметами (укачивает куклу, кормит ее). Движения становятся более целенаправленными.

В 1 год и 6 месяцев малыш умеет обобщать предметы по внешним признакам — может показать собачку, кошку, слона, однако еще не всегда называет их правильно, умеет подражать словам взрослого. На этой основе постепенно увеличивается собственный словарный запас активной речи, хотя многие слова произносятся еще в облегченном, несовершенном виде. Ориентируется в четырех контрастных формах предметов: может показать шар, куб, кирпичик, призму. В игре отображает наблюдаемые действия: стучит молоточком, моет куклу и др. Движения более координированны, может перешагивать через препятствия приставным шагом. Ест самостоятельно жидкую пищу ложкой.

В 1 год и 9 месяцев ребенок понимает несложный рассказ по крупной цветной картинке, во время игры сопровождает действия словами: «спит», «поела» и др. Игра приобретает более устойчивый характер, во многом подражает взрослым.

К концу 2-го года жизни ребенок может заниматься одним и тем же делом до 7—10 мин. Понимает свойства предметов и явления: песок сыплется, сухие листья шуршат, снег скрипит. Подбирает по цвету одинаковые предметы (варежки, ботинки, носки). Охотно выполняет поручения взрослых: «принеси маме тапочки, бабушке очки». К 2-м годам запас слов составляет около 300. Произносит короткие фразы из 3—4 слов. В игре появляются согласованные действия: играя, кормят друг друга, вместе строят, рассматривают книги и др. У детей к концу 2-го года ходьба совершенствуется: ходят не только по гладкому полу, но и по траве, взбираются на бугорки, влезают на горку, на диван, на стул, перелезают через скамейку. Овладевают навыками самообслуживания — частично надевают одежду (шапку, ботинки).

На 3-м году жизни участковая медицинская сестра посещает ребенка дважды: в 2 года 6 месяцев и в 3 года. Она должна выяснить, какой у ребенка режим (дневной сон 1 раз, ночной сон не менее 11 часов, длительность активного бодрствования 6—6,5 часа), сколько слов насчитывает его словарь, употребляет ли он в разговоре рас-

пространенные и сложные предложения, ясен ли ребенку смысл слов, произносимых взрослыми, правильно ли он произносит звуки. Малыш начинает задавать вопросы: «где?», «куда?», а к концу 3 года жизни — «почему?», «когда?».

Деятельность ребенка на 3-м году жизни сложна и разнообразна: занятия с пирамидами, матрешками, мозаикой, другими предметами; сюжетная игра с куклами, с книгами; элементы трудовой деятельности — самостоятельное одевание, застегивание пуговиц, пользование салфеткой, уборка игрушек и др., первые признаки ролевой игры. В этом возрасте ребенок любит «строить» — «гараж», «забор», «дом»; начинает овладевать рисованием, лепкой — рисует дорожки, дождик, шарик, лепит палочки, колечки, лепешки.

Значение игрушек в воспитательном процессе. Игрушкам принадлежит большая роль в развитии ребенка. В грудном возрасте они стимулируют зрительное и слуховое сосредоточение, двигательную активность рук, формирование простой ориентации.

Первыми игрушками являются погремушки. Желательно, чтобы они были крупными, разных цветов и различные по звучанию. Игрушку нужно подвесить так, чтобы, выпрямляя руки, дети смогли дотянуться до нее и потом захватить. С 5—6 месяцев ребенок уже берет игрушку из рук взрослого или сам находит ее в манеже. Детям с 9—10 месяцев следует давать мячи, шарики для катания, легкие мисочки с вложенными в них предметами — чтобы их вынимать и вкладывать. С 10—11 месяцев добавляют деревянные коробки с крышками для открывания и закрывания, стержни со свободно надевающимися кольцами, а также сюжетные игрушки — собака, кошка, зайчик, куклы с лоскутами ткани («одеяло»), кубики и др.

Игрушки нужно заменять, перекладывать в разные места, на время совсем убирать из поля зрения. Все игрушки, предназначенные для детей до 1,5—2-х лет, должны быть из пластмассы и резины, чтобы их можно было дезинфицировать и часто мыть.

В возрасте от 1 года до 3-х лет игрушки должны способствовать развитию координации движений, восприятию цвета, формы, величины, побуждать детей к активным действиям, творческим играм. Развитию ходьбы, бега служат мячи крупного размера, катающиеся шары, всевозможные каталки, большие и маленькие кубики, грузовички, пирамиды из 3—5 колец, 2-местные матрешки.

У детей 3—5 лет большой любовью пользуются куклы, машины, наборы «инструментов», «мебель», «кухня», «по-

суда», наборы врача, парикмахера и т. д. — все, что по-
воляет им отражать окружающую их действительность
т. е. вести творческую игру, развивать воображение.

У детей рано складывается определенное отношение
окружающим их людям и явлениям, а в соответствии
ним и различное поведение. Для оценки последнего по-
зуются следующими характеристиками.

Настроение — уравновешенное, повышенное, поло-
жительное эмоциональное состояние, частые отрицательные
эмоции.

Сон — спокойный, беспокойный, соответствует или не
соответствует по длительности возрасту.

Аппетит — хороший, плохой, изменчивый.

Характер бодрствования — активный, пассивный.

Индивидуальные особенности — раздражителен, воз-
бужден, агрессивен, навязчив, пассивен, неконтактен, зам-
кнут и др.

Все сведения, полученные о ребенке, фиксируются в за-
писи патронажа. При наличии отклонений участковый вра-
ч решает вопрос консультации ребенка детским психоневро-
логом.

На 4-м году жизни и далее здоровые дети наблюдают

Таблица

Бодрствование и кормление детей в возрасте
от 1 месяца до 3 лет (в сутки)

Возраст	Кормление		Бодрство- вание (макси- мальная длитель- ность, ч	Сон, ч			
	количе- ство	интервал, ч		дневной		ночной	количе- ство сна в сутки
				количе- ство пе- ри- одов	длитель- ность каждого периода		
1—2,5—3 ме- сяца	6	3,5	1—1,5	4	2—1,5	11	18,5—17,5
2,5—3—5—6 месяцев	6	3,5	2—1,5	4	2—1,5	—	17,5—16,5
6—9—10 ме- сяцев	5	4	2—2,5	3	2—1,5	—	16,5—15,5
9—10 месяцев— 1 год	4—5	3,5—4,5	2,5—3,5	2	2,5+2— 1,5	—	15,5—14,5
1 год—1 год 6 месяцев	4	3,5—4,5	3,5—4	2	2,5—2— 1,5—1	10	14,5—13,5
1 год 6 меся- цев—2 года	4	3,5—4,5	5—5,5	1	3	—	14—13
2—3 года	4	3,5—4,5	5,5—6,5	1	2,5—2	—	13—12

ся один раз в год в порядке проведения повозрастной диспансеризации с участием узких специалистов, в том числе и детского психоневролога.

ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ. Почти у всех детей дошкольного возраста при поступлении в ясли-сад отмечается дезадаптационный синдром: чувство страха, плач, агрессивные действия, протест или общая заторможенность, негативизм. Дети теряют часть приобретенных навыков — почти перестают говорить, исчезают навыки опрятности, не просятся на горшок. У них снижается аппетит, может быть полная анорексия, нарушается продолжительность и глубина сна. Дети худеют, иногда повышается температура, может появиться рвота, недержание мочи, кала.

Все эти явления сопровождаются комплексом биохимических и гормональных нарушений, падением защитных факторов, ростом бактериальной обсемененности кожи и слизистых, что приводит к заболеваемости среди детей, начавших посещать детские дошкольные учреждения.

Степень выраженности указанных выше отклонений зависит от возраста и индивидуальных особенностей детей.

В приказе № 60 МЗ СССР от 18 января 1983 года «О дальнейшем усовершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах» и приложении № 20 дана «Инструкция о подготовке детей на педиатрическом участке к поступлению в дошкольное учреждение». Эта работа проводится участковым педиатром, участковой медсестрой, медсестрой «кабинета воспитания здорового ребенка» и состоит из двух разделов: общей и специальной подготовки.

Общая подготовка включает в себя проведение общепринятых профилактических мероприятий по обслуживанию детей на педиатрическом участке. Качественный патронаж, проведенный медсестрой на первом году жизни ребенка и обеспечивший ему правильный режим, питание, нормальное воспитание в семье, а также профилактику пограничных состояний, физическое воспитание и закаливание, проведение профпрививок, выполнение рекомендаций врача значительно сокращают объем специальной подготовки.

Специальная подготовка начинается со второго полугодия жизни ребенка (поскольку большинство детей идет в ДДУ с 1,5 лет) и состоит из санитарно-просветительной работы с родителями; диспансеризации детей у врачей-специалистов за 2—3 месяца до поступления и осмотра их

участковым врачом-педиатром; оздоровления и лечения детей в зависимости от состояния их здоровья.

Проведение профилактических прививок запрещается за месяц до поступления ребенка в ясли-сад, но с учетом приказа МЗ СССР от 14 марта 1985 года «О дополнительных мероприятиях по профилактике кори» каждый поступающий в ясли ребенок должен иметь прививку против кори.

Особое внимание следует уделять индивидуальному оздоровлению часто болеющих детей. Участковая медсестра должна помочь родителям в выполнении назначенных рекомендаций. Весной и осенью, в период повышенной заболеваемости вирусными инфекциями, нужно проводить курсы лечения травами с адаптогенным, гипосенсибилизирующим и антибактериальным действием, а также другие оздоравливающие процедуры. Всем детям за 1—2 месяца до поступления в дошкольное учреждение делают профилактику ОРВИ интерфероном или продигозаном. В патронажных записях необходимо отразить начало, ход и окончание подготовки.

Участковая медсестра при патронаже на дому выясняет сроки поступления ребенка в дошкольное учреждение и информирует об этом врача-педиатра. Врач, принимая ребенка в возрасте 6 месяцев, составляет для него индивидуальный план подготовки к поступлению в ясли-сад.

В «кабинете воспитания здорового ребенка» родители получают методическую помощь, памятку по подготовке его к поступлению в дошкольное учреждение, информацию о том, как будет организована жизнь ребенка в дошкольном учреждении и консультацию о юридических правилах оформления ребенка в дошкольное учреждение района.

Примерный перечень бесед с родителями в период подготовки детей к яслям. 1. Влияние новых условий жизни на здоровье ребенка. Подготовка ребенка к трудностям адаптации.

2. Воспитание детей 1-го, 2-го и 3-го года жизни. Правильное воспитание — основа профилактики вредных привычек.

3. Особенности режима, питания и ухода за ребенком 1-го, 2-го и 3-го года жизни. Способы перевода ребенка на новый режим.

4. Профилактика травматизма у детей раннего возраста (ожоги, асфиксии).

5. Значение гимнастики, массажа и закаливания в преодолении трудностей адаптации. Способы и методы закаливания.

6. Одежда ребенка в зависимости от возраста и времени года.

7. Профилактические прививки.

8. Осмотр врачами-специалистами в период адаптации.

ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ. Адаптация к школе для многих детей — очень трудный процесс, вызывающий ухудшение состояния здоровья в 1-м классе и, как следствие, отставание в освоении учебной программы.

В Приказе № 60 Минздрава СССР от 18 января 1983 г. «О дальнейшем усовершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах» содержится инструкция о подготовке детей к поступлению в школу, которая предусматривает углубленный осмотр детей 3 и 5 лет врачами-специалистами: отоларингологом, офтальмологом, невропатологом, стоматологом, хирургом, ортопедом, а по показаниям — фтизиатром, кардиоревматологом, эндокринологом, дермато-венерологом и др.

Перед поступлением в школу врачи-специалисты снова осматривают детей и соответственно состоянию здоровья определяют функциональную готовность к школе. Предварительно всем детям проводят антропометрические измерения, клинические анализы крови, мочи, кала, ЭКГ.

Все данные диспансерного наблюдения с подробным анамнезом, заключением о состоянии здоровья ребенка и рекомендациями по дальнейшему наблюдению за ним в условиях школы фиксируются в медицинской карте, которая передается в школу к началу учебного года.

Одновременно выявляется «группа риска» — детей, не готовых к школьному обучению. К ним относятся:

1. Дети с отклонениями в биологическом развитии. Критерием биологического возраста служат: а) достигнутая длина тела (рост) к данному возрасту; б) прибавка в массе и длине за последний год; в) количество постоянных зубов. Биологический возраст соответствует метрическому, если длина тела не ниже средней ($M \pm \sigma 1$) величины этого показателя по местным стандартам физического развития, годовая прибавка роста не менее 4 см и количество постоянных зубов в 6 лет не менее 1, в 7 лет — не менее 4 у мальчиков и 5 у девочек. Биологический возраст считают отстающим от паспортного, если два из перечисленных показателей меньше указанных величин.

2. Дети с функциональными отклонениями, например, с неврологическими реакциями, логоневрозом, гипертрофией миндалин, небольшими степенями аномалии рефракции (до $\pm 3D$), патологической осанкой, тенденцией к сосудис-

тым дистониям, сниженным содержанием гемоглобина крови и др., часто (4 и более раз в году) и длительно (2 и более дней на протяжении предыдущего года) болеющие.

3. Дети с хроническими заболеваниями любой формы (компенсированной, субкомпенсированной, декомпенсированной).

При необходимости назначается лечение, оздоровительные меры, для проверки эффективности которых дети повторно обследуются в феврале—марте.

Функция участковой медсестры: участие в приеме здоровых детей, вызванных на осмотр; проведение антропометрии с расчетом сигмальных отклонений; выписка справок, направлений; оформление на детей учетной формы № 026/У. Если ребенку прогнозируется трудность адаптации к школе и ему даны лечебные рекомендации (медикаментозные, физиотерапевтические и др.), медицинская сестра осуществляет контроль и информирует врача о ходе и выполнении.

ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Наиболее физиологичной пищей для детей раннего возраста является материнское молоко. В последние годы во всех странах мира возрос научный интерес к этому естественному продукту питания, преимущества которого по сравнению с различными заменителями, выпускаемыми промышленностью, состоят в следующем:

1. Пластические и энергетические вещества в женском молоке содержатся именно в таких количествах, которые необходимы ребенку для гармоничного роста и развития. Белки женского молока неантигенны и легко усваиваются, их аминокислотный состав оптимален для новорожденных и грудных детей. Обнаруженные недавно в женском молоке ферменты участвуют в обмене аминокислот. Жиры ненасыщенные, легко всасываются, чему способствует фермент липаза, содержащийся в женском молоке и отсутствующий в кишечнике новорожденных и детей первого месяца жизни. Углеводы представлены в основном лактозой, которая легко расщепляется. Образующаяся из нее галактоза способствует развитию мозга ребенка. Лактоза не вызывает брожения и способствует заселению кишечника бифидобактериями, т. е. нормальной микрофлорой. Минеральные вещества и микроэлементы женского молока обладают высокой биодоступностью. При полноценном питании самой матери у грудных детей практически исключен гипо- и авитаминоз.

2. Женское молоко содержит иммунозащитные факторы, которых ребенок еще сам не вырабатывает. В первые 2—3 месяца кормления в молоке, но особенно в молозиве, содержится высокая концентрация секреторных иммуноглобулинов класса А, обеспечивающих сопротивляемость детского организма кишечным инфекциям и поддерживающих нормальный биоценоз. Живые клеточные элементы — нейтрофилы и макрофаги синтезируют антитела, интерферон, комплемент. Лизоцим женского молока разрушает оболочку болезнетворных микробов и тем самым оказывает антибактериальное действие. Кроме того, в

женском молоке обнаружены антистафилококковый и биофидогенный факторы. К сожалению, при стерилизации до норского молока защитные факторы теряют свою активность.

3. Результаты научных исследований последних лет показали, что материнский организм выделяет в молоко гормоны коры надпочечников, гипофиза и щитовидной железы, что помогает ребенку адаптироваться к внеутробной жизни.

Преимущество естественного вскармливания обусловлено еще и психоэмоциональным фактором. Биологическая активность молока, его индивидуальный вкус закрепляют связь в системе мать — ребенок. Ничто не заменит ребенку материнское тепло, ее голос, улыбку.

Детей, рожденных в срок и здоровыми, кормят 6 раз в сутки с промежутками между кормлениями в 3,5 часа и ночным перерывом в 6,5 часа. Дети, рожденные с малым весом (3000 г) или с врожденной гипотрофией, получают 7 кормлений с 3-часовым промежутком между ними и с 6-часовым ночным. С 4,5—5 месяцев детей кормят 5 раз через 4 часа днем и с 8-часовым перерывом ночью.

Соблюдение правильного режима обеспечивает нормальную функцию органов пищеварения и хороший аппетит. Некоторые матери кормят детей по «свободному» режиму. Однако отклонение в длительности перерыва между кормлениями более чем на 30 минут в ту или иную сторону не рекомендуется.

Необходимое количество грудного молока в сутки рассчитывают чаще всего объемным методом: от 2 недель до 2 месяцев ребенок получает количество молока, равное $1/5$ массы его тела; от 2 до 4 месяцев — $1/6$, от 4 до 6 месяцев — $1/7$ и от 6 до 9 месяцев — $1/8$ массы тела. Следует учитывать, что в первые месяцы жизни масса ребенка быстро нарастает, и уже к 1,5—2 месяцам расчетный объем молока может превысить 1 л, чего нельзя допускать.

Режим питания, суточный пищевой рацион назначает участковый педиатр, однако нередко бывают ситуации, когда эту работу должна выполнить и участковая медсестра (см. приложение № 6).

Чтобы организм ребенка не ощущал недостатка в микроэлементах, витаминах, минеральных веществах с 1—1,5 месяца назначают фруктовые соки (яблочный, смородиновый, вишневый), из овощных — морковный (с 5 до 30 мл). В дальнейшем количество десятков граммов сока соответствует числу месяцев ребенка, например, в 5 месяцев — 50 г. В 3—3,5 месяца можно добавить томатный,

сливовый, абрикосовый соки. В первые 1—2 недели кислые соки лучше разводить кипяченой водой 1:1.

С 1,5 месяца ребенку рекомендуется 1/2 чайной ложки яблочного пюре или протертого яблока. К 3 месяцам ребенок должен получить 40 г, к 6 месяцам 60 г, к 9 месяцам — 80 г и к году 90—100 г пюре в сутки. С 3 месяцев жизни детям назначают круто сваренный желток—1/4 часть 2 раза в неделю с постепенным увеличением до 1/2 и через день, растирая с молоком. Если у ребенка аллергический диатез, то от желтка лучше воздержаться.

Творог, сливки, сахарный сироп до 5-месячного возраста вводятся лишь при необходимости коррекции питания — например, в случае гипотрофии, по другим причинам.

При вскармливании ребенка от 1 до 4 месяцев важно знать о наиболее часто встречаемых трудностях и ошибках. Так, нередко малышей беспокоят кишечные колики даже при правильном вскармливании, что связано с повышенным газообразованием и заглатыванием воздуха во время сосания. Матери торопятся поменять вид пищи, преждевременно вводя новые виды, в связи с чем для ребенка возникает риск заболевания. Иногда смешивают несколько видов соков, что приводит к потере их витаминной ценности из-за наличия в некоторых из них фермента аскорбиназы. Другие матери, наоборот, бывают излишне осторожны в введении новых продуктов, в результате чего ребенок привыкает только к молоку и с возрастом сопротивляется любому прикорму.

С 4—4,5 месяца ребенку на естественном вскармливании вводится первый прикорм — овощное пюре, а не каша, так как, привыкнув к каше, дети плохо едят затем овощное пюре, которое богаче минеральными веществами и особенно полезно при рахите, анемии, аллергическом диатезе, гипотрофии. Вначале дают полужидкое, хорошо протертое овощное пюре, затем более густое. Таким образом, одно грудное кормление (2-е или 3-е) заменяется овощным пюре. Хорошими вкусовыми качествами обладают пюре, приготовленные из нескольких видов овощей, например, из картофеля + моркови + капусты; картофеля + горошка + кабачков; картофеля + моркови + кабачков и др. В пюре добавляют 3 г сливочного или растительного (подсолнечного, кукурузного, оливкового) масла. Используют и консервированное овощное пюре, выпускаемое промышленностью. Его дают так же, как и приготовленное в домашних условиях: начинают с 1—3 чайных ложек и постепенно, к 5—7-му дню доводят до 100—150 г. С 5 месяцев вво-

дят второй прикорм — каши, сначала 5, 8, а затем 10 г (5 г, 8 г, затем 10 г крупы на 100 мл овощного отвара).

Предпочтение следует отдавать смешанным кашам, которые готовятся из манной, овсяной, гречневой, рисовой крупы.

С 6—7 месяцев для повышения секреторной активности желез пищеварительного тракта в питание ребенка включается мясной бульон—20—30 мл. Бульон дается с белым сухариком (2—3 г). Через 1—2 недели следует вводить мясное пюре (10—20 г) из говяжьего или куриного мяса. В этом же возрасте третье кормление заменяется цельным молоком или кефиром с сухариками или печеньем.

В 7,5—8 месяцев отварное мясо добавляют в овощное пюре или кашу в виде фарша. Меню ребенка в этом возрасте будет следующим: в 6 часов утра — грудное молоко в 10 часов — завтрак: 8—10% молочная каша (180 г) с половинкой яичного желтка, яблочное пюре (50 г); в 14 часов — обед: мясной бульон (50 г) с сухариком (5 г), овощное пюре (150 г), мясной фарш (30 г), фруктовый сок (40—50 г); в 18 часов — кефир или цельное молоко, в 22 часа — грудное молоко.

С 10 месяцев мясной фарш из отварного мяса говядины, кролика, курицы, свинины можно заменить фрикадельками, а позже паровыми котлетами. Детям разрешается давать мясные консервы, выпускаемые промышленностью специально для детского питания. Каждый последующий вид прикорма вводят только после того, как ребенок хорошо привык к первому.

Частой ошибкой в кормлении детей после 4-х месяцев является стремление матерей побыстрее ввести новые виды пищи без соблюдения правил введения прикорма. Нередко готовят слишком сладкие каши, превышают количество жира, готовят каши на сливках. Забывают почаще поить при жаркой погоде.

Два кормления грудью (первое и последнее) оставляют до 10—12 месяцев. Ребенка отлучают от груди к году, заменяя утреннее, а затем вечернее кормление цельным коровьим молоком или кефиром. Не следует отнимать от груди в жаркое время года, во время болезни, после прививки.

ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ. Искусственное вскармливание вводится в тех случаях, когда у матери отсутствует молоко или же сохраняется лишь 1/5 часть необходимого объема, а также когда состояние ее здоровья не позволяет кормить ребенка грудью.

В таких случаях используют молочные смеси, изготовленные на основе коровьего молока. В нашей республике наибольшее признание получили сухие адаптированные молочные смеси «Малютка», «Малыш», «Детолакт», «Виталакт» и ацидофильные их варианты. В продаже нередко имеются финская жидкая молочная смесь «Тутели» и сухие смеси «Бона» и «Пилти». Разработана и апробирована новая отечественная молочная смесь «Ладушка».

Продолжают широко использоваться неадаптированные кисломолочные смеси «Биолакт», кефир, однако в возрасте до 3-х месяцев ими нельзя полностью заменить суточный объем молока.

На искусственное вскармливание детей можно переводить только после того, как будут исчерпаны все способы сохранения грудного молока (см. приложение № 7).

При искусственном вскармливании у детей нарушается кислотно-основное состояние, ухудшаются показатели красной крови, ослабляется общий и местный иммунитет, возникает кишечный дисбактериоз, аллергия. Тем не менее удовлетворительное развитие детей первых месяцев жизни на искусственном вскармливании может быть достигнуто только при использовании адаптированных смесей.

Новорожденным и детям первого месяца жизни назначают одну из следующих смесей: «Детолакт», «Виталакт», «Малютка», «Ладушка», «Бона», «Пилти», «Тутели». Если ребенок переводится на искусственное вскармливание на 2—3-м месяце жизни, а до этого получал в качестве докорма «Детолакт», «Виталакт» или «Ладушку», его можно продолжать кормить прежней смесью. Если же ребенок получал смесь «Малютка», то со 2-го месяца он переводится на молочную смесь «Малыш» (сухую адаптированную или же ацидофильную, по назначению врача).

Нельзя допускать внезапного или слишком форсированного перевода на качественно новое питание, так как адаптация пищеварительной системы и процессов обмена веществ у маленьких детей происходит с большим напряжением.

Режим питания и расчет необходимого объема пищи в сутки такой же, как и при естественном вскармливании. После кормления грудью ребенку дают 25—30 мл смеси в первый день и ежедневно увеличивают объем докорма на каждое кормление на столько же. Если ребенок не удовлетворен съеденной порцией и проявляет беспокойство, то ему можно предложить еще 20—30 мл. Не следует кормить ребенка насильно. Обычно дети в течение дня сами регулируют необходимый им объем питания. Жела-

тельно, чтобы мамы записывали, сколько ребенок съедает на каждое кормление, а в конце дня высчитали, сколько молочной смеси было введено за сутки. Это поможет узнать, получает ли ребенок свою возрастную норму.

При вскармливании адаптированными смесями, как правило, отпадает необходимость дополнительного введения витаминов, растительного масла. Сроки введения пищевых добавок (соков, фруктовых пюре, желтка) остаются такими же, как и при естественном вскармливании.

С 1,5—2 месяцев (если ребенок был переведен на искусственное вскармливание на 1-м месяце жизни) желательно одно кормление заменить ацидофильной адаптированной смесью, а при отсутствии таковой — В-биолактом после 3-х месяцев — цельным биолактом. Это необходимо с целью профилактики кишечного дисбактериоза и улучшения процессов пищеварения.

Кормление детей кисломолочными смесями в полном суточном объеме проводится только в случае молочной аллергии.

Для коррекции витаминного и минерального состава рациона ребенка при искусственном вскармливании адаптированными смесями (кефиром, биолактом, цельным молоком) необходимые пищевые добавки (соки, отвары овощные и фруктовые пюре, желток) и все виды прикорма вводятся на 2—4 недели раньше, чем при естественном вскармливании. Нет необходимости детям 1-го полугодия находящимся на искусственном вскармливании, назначать творог.

СМЕШАННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ. При наличии признаков недоедания не следует держать ребенка только на естественном вскармливании. Одновременно необходимо проводить энергичную борьбу с гипогалактией (см. «Питание новорожденного»).

Смешанным называют такое вскармливание, когда объем докорма (т. е. заменители грудного молока, но не продукты, используемые для коррекции, — творог, сливки) составляют более 1/5 суточного количества пищи.

При смешанном вскармливании следует придерживаться ряда основных правил:

— взвешивать до и после кормления не менее 3 раз в разное время дня, чтобы уточнить недостающее количество пищи;

— даже при небольшом количестве грудного молока матери его следует сохранять как можно дольше;

— докорм дают после кормления грудью (после каждого или же только после некоторых). Его можно называ

гут вызвать чрезмерное возбуждение и аллергические высыпания на коже, детям этого возраста, особенно страдающим диатезом, не рекомендуются.

Детям 2-го и 3-го года жизни каждый новый вид пищи вначале дается небольшими порциями. Важно, чтобы внешний вид блюд привлекал внимание ребенка и возбуждал аппетит.

Попытки есть самостоятельно у детей появляются с 1,5 года, и к концу второго года жизни они переходят в навыки, однако еще недостаточно закрепленные. Удовлетворив частично голод и утомившись от малопривычных движений, дети отказываются есть дальше, в таких случаях их нужно докармливать.

Нужно учить ребенка самостоятельно брать хлеб с тарелки, откусывать и заедать другой пищей. Сначала учат его есть густую, затем жидкую пищу.

25 2
14
140

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ

В борьбе со многими инфекционными болезнями у детей основной предупредительной мерой являются профилактические прививки.

В детских поликлиниках, дошкольных учреждениях, школах созданы специальные прививочные кабинеты, которые оснащаются необходимым медицинским оборудованием и препаратами (холодильник, достаточное количество шприцев, бактериологические препараты, набор медикаментов для неотложной и противошоковой терапии).

Перед планированием прививок ежегодно в августе-сентябре проводится тщательный и полный учет всего детского и взрослого населения с вторичным переучетом детей через полгода. Каждому временно выбывающему ребенку необходимо выдать справку о проведенных профилактических прививках (или же отослать по почте) в детскую консультацию, поликлинику по месту временного проживания. Кроме того, участковый педиатр и участковая медсестра производят ежемесячный отбор детей, подлежащих иммунопрофилактике.

Перед прививкой ребенок приглашается в поликлинику для медицинского осмотра, в ходе которого выясняются ранее перенесенные заболевания, аллергическая настроенность организма, реакции крови, мочи. В день прививки врач тщательно осматривает ребенка, измеряет температуру тела и если находит, что он здоров, разрешает вакцинирование. Если же ребенок нездоров, ему назначается обследование и лечение. В детской поликлинике функционирует специальная комиссия по определению противопоказаний к профилактическим прививкам, однако правом окончательного медицинского отвода пользуются только участковые врачи. Решение вопроса о медотводе на срок более 3 месяцев может быть принято только иммунологической комиссией по представлению участкового врача.

После перенесенных острых заболеваний прививки производят не ранее чем через месяц с момента клинического выздоровления, а после инфекционного гепатита, менин-

гококковой инфекции — не ранее чем через 6 месяцев после выздоровления. Дети, получившие прививку против одной инфекции, могут быть привиты против другой не ранее чем через 2 месяца. Прививки против полиомиелита могут быть проведены в один день с вакцинацией против коклюша, дифтерии и столбняка. На каждого ребенка создается специальная карта, форма № 63, которая хранится в кабинете иммунопрофилактики.

Вакцинация против туберкулеза. Первичную вакцинацию здоровым новорожденным осуществляют на 4—7-й день жизни сухой вакциной ВЦЖ-1 в дозе 0,05 мг ослабленных живых микобактерий в объеме 0,1 мл строго внутрикожно. Введение препарата под кожу недопустимо, т. к. при этом может образоваться холодный абсцесс.

Иглу вводят срезом вверх в поверхностный слой кожи. Сначала вводят незначительное количество вакцины, чтобы убедиться, что игла вошла точно внутрикожно, а затем всю дозу препарата (всего 0,1 мл). При правильной технике введения должна образоваться папула беловатого цвета, исчезающая обычно через 15—20 минут.

Запрещается наложение повязки, обработка йодом или другими дезинфицирующими растворами места введения вакцины, нельзя массировать его при купании ребенка.

У новорожденных нормальная прививочная реакция появляется через 4—6 недель, а у ревакцинированных — 1—2 недели и ранее.

Реакции подвергаются обратному развитию в течение 2—3 месяцев, а иногда и в более длительные сроки. У 90—95% вакцинированных на месте прививки должен образоваться поверхностный рубчик размером до 10 мм в диаметре. При динамичном наблюдении за поствакцинальной реакцией одновременно необходимо пальпировать подмышечные лимфоузлы. В случае их увеличения ребенка необходимо показать детскому фтизиатру.

Для недоношенных новорожденных, родившихся с массой тела 2300 г и более (после восстановления первоначальной массы тела), и для недоношенных, находившихся на выхаживании в отделениях II этапа, перед выпиской из стационара домой используют вакцину БЦЖ-М с уменьшенной вдвое антигенной нагрузкой. Ею прививают и детей, не получивших вакцинацию в роддоме по медицинским противопоказаниям и подлежащих вакцинации в детских поликлиниках.

Методы вакцинации и наблюдение за поствакцинальной реакцией те же, что и при использовании вакцины БЦЖ-1.

Ревакцинации подлежат здоровые дети, подростки и взрослые в декретированных возрастах, имеющие отрицательную реакцию Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Реакция считается отрицательной при полном отсутствии инфильтрата (гиперемии) или при наличии уколочной реакции (1 мм). Интервал между постановкой пробы Манту и ревакцинацией должен быть не менее 3 дней и не более 2 недель.

Первая ревакцинация детей проводится в 7 лет, вторая — в 11—12, третья в 16—17 лет.

Вакцинация против полиомиелита. Полиомиелит — опасное инфекционное заболевание, которое приводит к стойким нарушениям центральной нервной системы у детей, вызывается полиовирусом. Это высококонтагиозное заболевание, которым болеют преимущественно дети до 5 лет. Эпидемия среди населения распространяется с такой же скоростью, как и эпидемия кори. Инфекция передается фекально-оральным и воздушно-капельным путем. Предотвратить ее распространение возможно только путем 100% вакцинации населения.

Вакцина выпускается в виде красно-оранжевой жидкости без опалесценции, слегка горьковатой на вкус.

Хранение вакцины при комнатной температуре не допускается, она должна храниться в холодильнике при температуре не выше $+4^{\circ}$, а еще лучше — при минусовой температуре. Перед использованием вакцину переносят за сутки на полку с температурой $+4^{\circ}$. Повторное замораживание вакцины не допускается. Открытый флакон можно хранить в холодильнике при температуре $+4^{\circ}$ не более суток. Вскрытый ненужный флакон с остатками препарата кипятят в течение 30 минут или обеззараживают в 5% р-ре хлорамина в течение 1 часа.

Выпускается вакцина во флаконах (в ампулах) по 5 мл, содержащих 50 доз, и по 2 мл (10 доз). Одна прививочная доза равна 0,1 мл, или 2 каплям, или же 0,2 мл (2 капли), смотря по указанию на этикетке.

Плановые прививки против полиомиелита получают дети в возрасте от 3 до 16 лет. Вакцинация проводится трехкратно: в возрасте 3 месяцев, 3,5 месяца и 6 месяцев. Ревакцинация проводится на 2-м году двукратно и на 3-м году двукратно с интервалом в 1,5 месяца. В возрасте 7—10 лет и 15—16 лет ревакцинация проводится однократно.

Прививка против полиомиелита проводится одновременно с прививкой АКДС. Полиомиелитную вакцину принимают за 1 час до еды. Разводить и запивать вакцину водой или другой жидкостью не разрешается. Дозу вакцины капают в рот специальной пипеткой. Прививки проводят

только в прививочных кабинетах лечебного учреждения. Категорически запрещается вакцинирование на дому.

Противопоказания к прививке полиомиелитной вакциной те же, что и при других вакцинациях.

Дети, не прошедшие своевременно первый курс вакцинации (ни одной прививки), после снятия противопоказаний получают полный трехкратный курс жидкой вакцины с интервалом в 1,5 месяца.

Дети, привитые 1 раз в курсе ревакцинации, получают после снятия медотводов вторую прививку и этим завершается ревакцинация.

Дети, не привитые ранее или прибывшие на данную территорию без документации о прививках, подлежат 3-кратной иммунизации с интервалом в 1,5 месяца. Ревакцинацию проводят в соответствии с возрастом.

Вакцинация против коклюша, дифтерии и столбняка. Полноценная профилактика коклюша, дифтерии и столбняка может быть достигнута только при условии своевременной и качественной иммунизации детей, проводимой в соответствии с инструкцией (см. приложение № 8).

Для вакцинации применяют следующие препараты:

1. АКДС-вакцина, состоящая из убитых коклюшных микробов, очищенных и концентрированных дифтерийного и столбнячного анатоксинов.

2. АДС — смесь концентрированных и очищенных дифтерийного и столбнячного анатоксинов.

3. АДС — М — смесь тех же анатоксинов, но с уменьшенным содержанием антигенов.

4. АД-М — адсорбированный дифтерийный анатоксин с уменьшенным содержанием антигена.

После прививки необходим осмотр ребенка участковой медсестрой в течение 2—3 дней, так как возможна реакция в виде повышения t° до 39° и выше, появления аллергической сыпи, ложного крупа (стенозирующего ларинготрахеита), судорог, шока и т. д.

Вакцинация в таком случае должна быть прекращена или же продолжена АДС-М анатоксином однократно.

Все дети с необычными реакциями на вакцины должны наблюдаться врачами-иммунологами.

Прививки против кори. Внедрение в практику здравоохранения живой коревой вакцины привело к значительному снижению заболеваемости корью в СССР.

Соответственно приказу МЗ СССР № 426 от 28.03.1986 года детям делают прививку против кори с 12-месячного возраста.

Временно освобождаются от прививок больные с остры-

ми заболеваниями, включая период реконвалесценции (менее 1 месяца), больные с обострением хронических заболеваний, с клинико-лабораторными изменениями — разрешается прививка только в фазе ремиссии более месяца.

При легких формах острых респираторных заболеваний период медотвода сокращается до 2—3 недель. С 1987 года ревакцинацию против кори проводят всем детям при поступлении в детсады и в школу, а с 1990 года ревакцинация будет осуществляться только детям с отсутствием иммунитета к данной инфекции.

Детей, имеющих длительные медицинские отводы от прививок, необходимо госпитализировать, обследовать и проводить вакцинацию в условиях стационара.

При наличии аллергических реакций медсестра оказывает неотложную помощь (см. раздел Аллергические заболевания).

Прививки против паротита. Для профилактики паротита используется живая паротитная вакцина, представляющая собой аттенуированный вирус паротита «Ленинград-3».

Вакцина выпускается в высушенном состоянии и имеет вид желтовато-розоватой массы, которую непосредственно перед употреблением разводят прилагаемым растворителем. Вакцина должна полностью раствориться в растворителе в течение 3 мин. Растворенная вакцина имеет вид прозрачной или слегка опалесцирующей розоватой или бесцветной жидкости.

Прививке подлежат дети в возрасте от 15—18 месяцев до 7 лет, не болевшие ранее паротитом. Если данные анамнеза не подтверждены документально, ребенок подлежит прививке.

Прививку проводят однократно путем подкожного введения шприцем или безыгольным инъектором 0,5 мл вакцины, разведенной растворителем, прилагаемым к препарату из расчета 0,5 мл растворителя на одну прививочную дозу вакцины. Объем растворителя в ампуле или флаконе должен строго соответствовать количеству доз вакцины в ампуле или флаконе. В случае, если растворитель и вакцина расфасованы в ампуле, горлышки ампул обтирают стерильной ватой, смоченной спиртом, надрезают специальным инструментом, приложенным к препарату, вторично протирают спиртом и обламывают, не допуская при этом падения спирта в ампулу. Если растворитель и вакцина расфасованы во флаконы, удаляют центральную часть металлического колпачка и открытую поверхность резинового


пробки протирают 70° спиртом. Из флакона, проколов резиновую пробку, или из открытой ампулы отсасывают часть растворителя стерильным холодным шприцем с длинной иглой, имеющей широкий просвет, и переносят в ампулу или флакон с сухой вакциной. Растворенную вакцину переносят в ампулу или флакон с остатком растворителя. После перемешивания вакцину набирают в другой охлажденный стерильный шприц, меняют иглу и используют для вакцинации. Кожу в месте введения вакцины обеззараживают 70° спиртом и шприцевым методом вводят препарат подкожно под лопатку или в область плеча. При применении безыгольного инъектора прививки делают только в область плеча (средняя треть плеча по задней линии). Подготовка инъектора производится в строгом соответствии с инструкцией по применению безыгольного инъектора.

Разведенную вакцину используют немедленно. Вакцинальный процесс при введении паротитной вакцины протекает, как правило, бессимптомно.

Дети старше 15—18 месяцев не привитые и не болевшие ранее, бывшие в контакте с больным паротитом, подлежат в срочном порядке прививке паротитной вакциной при отсутствии противопоказаний. Противопоказания те же, что при других прививках.

Дети, временно освобожденные от прививок, должны быть взяты под наблюдение и учет и своевременно привиты после снятия противопоказаний.

Вакцину против паротита следует хранить в темном месте при температуре не выше 4° (в холодильнике или термосе со льдом). При отсутствии холодильников хранение вакцины разрешается в сухих, защищенных от света местах при температуре не выше 10° не более 10 дней. Вакцина, хранившаяся в указанных условиях более 10 дней, применению не подлежит. Растворитель следует хранить отдельно от вакцины при комнатной температуре.



ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Септические заболевания занимают высокий удельный вес в патологии неонатального периода. Тяжелые формы (сепсис, менингит, некротическая флегмона, остеомиелит и др.) отличаются высокой летальностью и серьезными отдаленными последствиями; перенесенная в первые недели жизни бактериальная инфекция нарушает иммунологическую резистентность, способствует алергизации организма, что сказывается отрицательно на дальнейшем состоянии здоровья, физическом и психомоторном развитии детей.

Этиология: септические заболевания у новорожденных могут быть вызваны любыми микроорганизмами, но чаще всего стафилококками, стрептококками, гонококками, хламидиями, а также условно патогенными бактериями (кишечная палочка, клебсиелла, протей, синегнойная палочка и др.).

Источником инфекции являются матери — больные или здоровые носители патогенных бактерий, заболевшие новорожденные, ухаживающий персонал. Инфекция может попасть в организм до родов (антенатально), в процессе родов (интранатально), после рождения (постнатально). При внутриутробном инфицировании заболевание обычно проявляется в первые два дня жизни, и такие дети на участок не выписываются. При постнатальном инфицировании заболевание проявляется в течение первого месяца жизни. Инфицирование новорожденного происходит при нарушении гигиенических и санаторно-противоэпидемических мероприятий в родильных домах, отделениях патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, а также в домашних условиях. Инфекционные агенты могут попасть в организм новорожденного при нарушении правил первичной и вторичной обработки пуповины, при использовании во время реанимации нестерильных инструментов (катетеров, масок и др.), при пренебрежении правилами гигиены со стороны медперсонала родзала и детских палат. Большое значение в распространении инфекции имеют белы

предметы ухода, соски, зонды, катетеры и другой инструментарий, куветы, аппараты для искусственной вентиляции легких, донорское молоко, жидкость для питья и др. Инфекция может попасть через кожу, пупочную ранку, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, слизистые оболочки, а также непосредственно в кровеносные сосуды при внутривенных вливаниях, особенно при катетеризации пупочной вены, подключичной вены и др. сосудов.

Гнойно-воспалительные заболевания кожи в результате инфицирования ее стафилококками, стрептококками и другими гноеродными бактериями объединены под общим названием **пиодермии**. Сюда относятся пузырчатка новорожденного, эксфолиативный дерматит Риттера, везикулопустулез, множественные абсцессы и другие.

АБСЦЕССЫ МНОЖЕСТВЕННЫЕ КОЖИ (ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗ) развиваются на 2—4-й неделе жизни или позднее. Этиологический агент — стафилококк. На коже в области шеи, волосистой части головы, ягодиц, спины образуются уплотнения величиною с горошину сине-красного цвета. В дальнейшем эти уплотнения абсцедируют, при вскрытии из них выделяется гной. Заболевание протекает волнообразно, имеет затяжной характер. Лечение по назначению врача: вскрытие абсцессов, обработка кожи вокруг абсцессов спиртовыми растворами антисептиков, витамины, бакпрепараты (бифидум-бактерин), иногда антибиотики.

ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗ — самая распространенная форма пиодермии. Характеризуется появлением на поверхности кожи мелких пузырьков величиной 1—3 мм, наполненных вначале прозрачным, а затем мутным содержимым. Гнойнички могут быть единичные и множественные, располагаются преимущественно на ягодицах, бедрах, нижней части живота, волосистой части головы, в естественных складках. Через 2—3 дня пузырьки лопаются, образуются поверхностные эрозии, которые подсыхают и эпителизируются без пигментации. При ранней диагностике и правильном лечении состояние ребенка не нарушено, температура нормальная, аппетит хороший. При несвоевременном лечении заболевание может затянуться, появляются новые элементы пиодермии, при снижении иммунологической резистентности может произойти генерализация инфекции.

Лечение заключается в создании оптимального гигиенического режима, естественном вскармливании, даче ребенку лактобактерина, бифидум-бактерина. Местное лечение состоит в обработке всего кожного покрова спиртовыми растворами бактерицидных препаратов (хлорофиллипт, ле-

вомицетин), экстерицидом. Каждый элемент пиодермии должен быть вскрыт стерильной иглой и обработан спиртовым раствором бриллиантовой зелени или 2% раствором перманганата калия. При распространенном везикулопустулезе ребенка необходимо госпитализировать. Купать ребенка надо ежедневно, перед купанием все гнойнички вскрывать и обработать.

ДЕРМАТИТ ЭКСФоллиативный РИТТЕРА

очень тяжелое заболевание, вызываемое обычно госпитальными штаммами золотистого стафилококка, вырабатывающего экзотоксин эксфоллиатин. Начинается заболевание в конце первой — начале второй недели жизни. Вначале появляется покраснение кожи в области пупка, углов рта, бедренных складок. В течение нескольких часов покраснение распространяется на кожу головы, туловища, конечностей. На различных участках кожи появляются вялые пузыри, трещины, мокнутье, кожа слущивается слоями, образуя обширные эрозии. Ребенок приобретает вид обожженного кипятком. При этом заболевании состояние ребенка очень тяжелое, выражены симптомы интоксикации, обезвоживания, нарушения гемодинамики. При несвоевременной диагностике и поздно начатом лечении возможен летальный исход в результате интоксикации, обезвоживания, сепсиса. Больной ребенок подлежит немедленной госпитализации в детскую больницу.

ДИАРЕЯ НОВОРОЖДЕННЫХ — вызывается энтеропатогенной кишечной палочкой, клебсиеллой, протеем, синегнойной палочкой, патогенным стафилококком, сальмонеллами, дизентерийной палочкой, ротавирусом, энтеровирусом и др. Основной путь передачи фекально-оральный. Заболевание может начинаться с таких симптомов, как отказ от пищи, вялость, остановка в прибавке массы. Легкое течение болезни может сопровождаться непостоянным разжижением и кратковременным учащением стула. При тяжелом течении наблюдаются неукротимая рвота, частый стул, вздутие живота, быстрое обезвоживание с развитием шока. Стул жидкий, вначале пенистый, в последующем зеленый, с примесью слизи, редко крови, отмечается раздражение кожи вокруг анального отверстия. Даже при легкой поначалу диарее может быстро развиваться острое обезвоживание.

Лечение новорожденных с диареей должно проводиться в больнице. При тяжелом состоянии немедленная госпитализация. В легких случаях до вызова врача или госпитализации надо давать питье — глюкозо-солевой раствор (регидрон и др.) каждые 5—10 мин по 1—2 чайных ложки.

(примерно 15—20 мл/кг массы в час) для профилактики острого обезвоживания.

Профилактика: естественное вскармливание, соблюдение гигиенических правил при уходе за ребенком, исключение контакта новорожденного с больными.

КОНЪЮНКТИВИТ—воспаление слизистой оболочки век и глазных яблок вирусной или бактериальной этиологии. Симптомы заболевания: гиперемия слизистой оболочки, слезотечение, гноетечение, сукровичное отделяемое, пленки на конъюнктиве, блефароспазм. Возбудителями гнойных конъюнктивитов являются стафилококки, гонококк, хламидия и др. Для гонококкового конъюнктивита характерна следующая симптоматика: резкий отек век и конъюнктив, сильный блефароспазм, гиперемия, кровоточивость, обильное отделение густого гноя. При разведении век—сукровичное отделяемое. Сдавление отеком сосудов может привести к некрозу роговицы, ее перфорации.

Во всех случаях конъюнктивита следует произвести цитологическое исследование мазка гноя, а также бактериологический посев гноя.

Лечение: промывание глаз раствором перманганата калия 1:5000, стерильным физраствором с помощью стерильных ватных шариков, закапывание 20% раствора сульфацила натрия в оба глаза 6 раз в день, 0,25% раствора левомицетина, можно применять глазные мази—тетрациклиновую или эритромициновую.

Лечение конъюнктивита новорожденных медсестра осуществляет по назначению врача. При подозрении на гонококковый конъюнктивит мать с ребенком должны быть направлены на консультацию к дерматовенерологу. В случае выраженного периорбитального отека показана срочная госпитализация ребенка.

МАСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ—тяжелое гнойное заболевание, развивающееся на 2—3-й неделе жизни. Остро увеличивается одна из молочных желез, однако в первые сутки явной гиперемии кожи не отмечается, пальпация железы болезненная. Вслед за этим появляется гиперемия кожи и флюктуация. При мастите ухудшается общее состояние ребенка, появляются симптомы интоксикации. При нерациональном лечении воспалительный процесс распространяется и переходит в флегмону грудной клетки с развитием пиемических очагов (остеомиелит, деструктивные пневмонии, сепсис, менингит и другие).

Мастит можно спутать с мастопатией новорожденного (физиологическим нагрубанием молочных желез). При последнем имеется, как правило, увеличение обеих желез, ко-

жидкостями не инфильтрирована, не гиперемирована, нет симптомов интоксикации.

При подозрении на мастит ребенка необходимо направить в стационар. Лечение при абсцедирующем мастите хирургическое. Наряду с этим проводится антибактериальная терапия, витаминотерапия, иммунотерапия и др.

МЕНИНГИТ ГНОЙНЫЙ — может быть самостоятельным заболеванием или одним из септических очагов. **Этиология:** стафилококк, стрептококк, листерия, кишечная палочка, сальмонеллы, условно-патогенные бактерии, реже менингококк. Заболевание развивается обычно остро: ребенок очень беспокоен, кричит, появляется дрожание подбородка, конечностей, иногда судороги. Или наоборот: ребенок становится очень вялым, отказывается от груди, срыгивает, вырывает; у недоношенных детей часто в начале заболевания отмечаются нарушения дыхания (приступы апноэ). В большинстве случаев повышается температура тела, однако она может быть и нормальной, а у недоношенных детей — и ниже нормы. Изменяется цвет кожи: бледность с сероватым оттенком, цианоз конечностей, может появиться желтуха, кровоизлияния. При обследовании отмечается гиперестезия, судорожная готовность, запрокидывание головы, напряжение мышц шеи, гипертония (или гипотония) мышц конечностей, родничок при пальпации заполнен, иногда выбухает, напряжен. Заболевание быстро прогрессирует, развиваются тяжелые нарушения со стороны жизненно важных систем. Без лечения в течение нескольких дней от начала заболевания наступает летальный исход. При ранней госпитализации (в первые часы заболевания) и современных методах лечения дети в большинстве случаев выздоравливают. В случае запоздалых диагностики и лечения летальность достигает 25—40%. У большинства выживших детей наблюдаются тяжелые последствия (гидроцефалия, отставание психо-моторного развития, эписиндром и др.). Диагностика основывается на клинической симптоматике и исследовании спинно-мозговой жидкости (повышение концентрации белка, плеоцитоз с преобладанием нейтрофилов, обнаружение бактерий в нативном мазке осадка), выделение возбудителя при бактериологическом посеве необходимо для уточнения этиологии и подбора антибиотиков.

Тактика медсестры. Неотложная доврачебная помощь: при судорогах — седуксен или реланиум в мышцу 0,3—0,5 мл; сульфат магния 0,2 мл на 1 кг массы тела; фенобарбитал 0,01 внутрь; при расстройствах дыхания — отсосать слизь из дыхательных путей, при необходимости — ис-

кусственная вентиляция ртом в рот и нос младенца; преднизолон в мышцу 0,2—0,3 мл; антибиотик в мышцу (пенициллин или оксациллин с ампициллином по 300 мг).

Вызвать скорую помощь и обеспечить немедленную госпитализацию ребенка. Поставить в известность участкового врача.

ОМФАЛИТ ГНОЙНЫЙ — воспалительный процесс дна пупочной ранки, кожи и подкожной клетчатки вокруг пупка, пупочных сосудов, вызванный стафилококком или другими бактериями. Помимо мокнущего и гнойного отделяемого имеется выпячивание пупка, гиперемия и отечность кожи вокруг него, на передней стенке живота видны расширенные поверхностные вены, при пальпации определяются признаки поражения пупочных вен и артерий. У недоношенных детей при омфалите изменения вокруг пупка минимальные. При омфалите имеются признаки интоксикации (вялое сосание, срыгивание, рвота, повышение температуры и др.). Омфалит может осложняться развитием гнойных метастатических очагов (остеомиелит, деструктивная пневмония, энтероколит), сепсисом.

Лечение омфалита комплексное: антибиотики, витамины, иммунозаменительные средства, биопрепараты в сочетании с местными процедурами (систематическая обработка пупочной ранки, УВЧ, ультрафиолетовое облучение и др.).

Медицинская сестра должна сделать вызов врача на дом к ребенку, а в условиях ФАПа направить ребенка в больницу в день выявления заболевания. Если госпитализация по каким-то причинам задерживается, в отсутствие врача медицинская сестра должна начать лечение сразу: ввести антибиотик в мышцу (оксациллин или ампиокс в дозе 200 мг/кг массы в сутки), произвести обработку пупка антисептиками и обеспечить осмотр врача или госпитализацию на следующий день.

ОМФАЛИТ КАТАРАЛЬНЫЙ — характеризуется мокнущим пупочной ранки, плохим заживлением, серозным или скудным серозно-гнойным отделяемым, засыхающим в корочки, после отпадения которых остаются незначительные язвочки; на дне пупочной ранки иногда имеются разрастания грануляций. Общее состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная, в анализе периферической крови отклонений нет.

Лечение заключается в обработке пупочной ранки вначале 3% раствором перекиси водорода для удаления отделяемого и корочки, затем 5% раствором перманганата калия либо 2% раствором бриллиантовой зелени.

ОСТЕОМИЕЛИТ — одно из частых заболеваний новорожденных. Этиология: стафилококк, кишечная палочка и другие условнопатогенные бактерии. Поражаются чаще всего эпиметафизы длинных трубчатых костей (бедро, плечо, голени, предплечья). По клиническому течению различают токсическую, токсико-септическую и местную формы. Заболевание обычно начинается остро с повышения температуры, ухудшения общего состояния ребенка, но может протекать и при нормальной или субфебрильной температуре, без выраженных симптомов интоксикации. Характерны местные симптомы, ребенок перестает двигать рукой или ногой, держит конечность в вынужденном положении (рука висит вдоль туловища, нога согнута в тазобедренном или коленном суставах, отведена и несколько ротирована кнаружи). Пассивные движения резко болезненны. В запущенных случаях развивается гнойный артрит или флегмона мягких тканей. Возможно метастазирование гнойных очагов в другие органы с развитием сепсиса. Отдаленные последствия — деформация суставов, патологические вывихи, нарушение роста конечности.

Лечение: иммобилизация пораженной конечности, антибиотики, детоксикационная инфузионная терапия, иммунотерапия.

При обнаружении признаков заболевания медсестра должна немедленно поставить в известность участкового врача или, в зависимости от обстоятельств, направить ребенка на госпитализацию в детское или хирургическое отделение.

ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ — более тяжелая форма стафилодермии, протекающая доброкачественно или злокачественно.

Доброкачественная форма характеризуется появлением в конце первой недели жизни или позднее пузырьков и вялых пузырей размером 2—5 мм, наполненных серозно-гнойным содержимым. Они локализуются преимущественно в области живота, конечностей, шейных и паховых складок. Пузырьки обычно множественные, реже единичные, высыпают толчками. Пузырьки окружены гиперемизированным венчиком, имеют инфильтрированное основание. Страдает общее состояние ребенка: вялость, снижение аппетита, субфебрильная температура. При своевременно начатом лечении через 2—3 недели наступает выздоровление. Возможно развитие гнойных очагов, сепсиса.

При злокачественной форме пузырьчатки имеются множественные вялые гнойные пузырьки размером от 0,5 до 2—3 см и более в диаметре, кожа между ними слущива-

ется, имеются явления интоксикации: высокая температура, вялость, отказ от груди и др. Заболевание высококонтагиозное и, как правило, заканчивается сепсисом.

Тактика медицинской сестры: при обнаружении хотя бы единичных элементов пузырьчатки немедленно сообщить врачу, а в условиях ФАПа доставить ребенка в детскую больницу сразу после выявления заболевания. После осмотра ребенка вымыть руки тщательно с мылом, обработать их дезинфицирующим раствором.

СЕПСИС НОВОРОЖДЕННЫХ — общее инфекционное заболевание, вызванное распространением бактериальной флоры из местного очага инфекции в кровяное русло, лимфатические пути, а из них во все органы. Инфицирование происходит чаще после родов, но при наличии у матери очагов инфекции, а также токсикозе беременности, сахарном диабете и патологических родах возможно и инфицирование внутриутробное — до начала родов (антенатально) или в родах (интранатально). После родов инфицирование происходит чаще всего при проведении реанимации или интенсивной терапии. Источниками инфекции в родильных домах могут быть: персонал — носители патогенных стафилококков или страдающие стафилококковой инфекцией, больные матери, дети.

Распространению инфекции в родильных домах способствуют нарушения санитарно-гигиенического режима: инфекция передается через грязные руки, предметы ухода, пеленки, воздух, сцеженное молоко, питье. Входными воротами сепсиса новорожденных являются пупочная ранка, кожа, уши, легкие, кишечник. Иногда пути инфекции неизвестны.

Заболевание может проявиться как в роддоме, так и после выписки из него, нередко развитию сепсиса предшествует острая вирусная респираторная инфекция.

К наиболее ранним и частым симптомам сепсиса у новорожденных относятся: изменение поведения ребенка (вялость, отказ от груди, беспокойство), снижение аппетита, срыгивание, рвота, вздутие живота, изменение окраски кожи (бледность с сероватым оттенком, акроцианоз, желтуха). Повышение температуры наблюдается не всегда.

Сепсис новорожденных протекает в двух формах: септицемической и септикопиемической. Септицемия протекает с резко выраженным токсикозом без явных пиемических очагов и метастазов. Септикопиемическая форма проявляется выраженными симптомами интоксикации и наличием вторичных пиемических очагов (в легких, костях, почках, печени, мозговых оболочках, сердце и т. д.). При сеп-

сисе у новорожденного часто находят изменения в пупочной области (позднее отпадение пупочного остатка, различные поражения пупочной ранки: мокнувший пупок, фалит, вторичное вскрытие пупка), вздутие живота, отечность брюшной стенки, расширение вен передней стенки и др. Сепсис может развиваться на фоне любого типа стафилококковой инфекции (везикулопустулез, пузырьчатка, дерматит Риттера, флегмона, гнойный мастит и др.).

Течение сепсиса может быть молниеносным (смертельный исход наступает в течение 1—3 дней с момента заболелания), острым и подострым. Летальность очень высокая—15—30%, а у недоношенных и при граммотрицательной этиологии заболелания—50% и выше. Исход и отдаленные последствия зависят от своевременной диагностики и адекватного лечения. Лечение новорожденных с сепсисом проводится только в условиях стационара.

Тактика медсестры зависит от обстоятельств: вызов врача на дом в тот же день или госпитализация ребенка при подозрении на сепсис.

ФЛЕГМОНА НОВОРОЖДЕННЫХ — тяжелейшая форма гнойно-воспалительных процессов. Наиболее частым этиологическим фактором является золотистый стафилококк. Местные изменения очень характерны: в первой стадии появляется красное, плотное на ощупь, болезненное при пальпации пятно с четкими контурами, которое за несколько часов значительно увеличивается в размерах; через сутки-полтора наступает изменение цвета кожи в области инфильтрата в сине-багровый цвет и размягчение в центре; в III стадии происходит омертвление кожи, после отслойки которой образуются раневые дефекты с подрытыми краями и гнойными карманами; в IV стадии развивается грануляция и заживление ран. Состояние ребенка тяжелое с самого начала заболелания: высокая температура, выраженная интоксикация, рвота, диспептические явления, признаки сердечно-сосудистой недостаточности и др. При несвоевременной диагностике и поздно начатом лечении некротический процесс охватывает очень большие поверхности тела. После отторжения кожи остаются обнаженные до фасций участки тела, для покрытия которых требуется пересадка кожи. Летальный исход может наступить на любой стадии заболелания вследствие интоксикации и генерализации септического процесса. Лечение таких детей проводится в хирургическом отделении и заключается в раннем проведении комплексной антибактериальной, детоксикационной, иммунокорректирующей, симптоматической терапии. Местно производят множественные раз-

резы кожи не только в зоне поражения, но и на границе со здоровыми участками, захватывая 1,5—2,0 см здоровых тканей. Такая методика позволяет ограничить распространение процесса.

Тактика медицинской сестры: при обнаружении у ребенка признаков, подозрительных на флегмону, следует немедленно направить его в хирургическое отделение и сообщить участковому врачу. Необходимость этого диктуется быстрым распространением местного процесса и нарастанием токсикоза.

Профилактика гнойно-септических заболеваний новорожденных. Большую роль играют соблюдение правил личной гигиены, правильное половое воспитание, оздоровление подростков и старших школьников — будущих матерей. Во время беременности необходимо строгое соблюдение режима питания, труда и отдыха, правил личной гигиены. В женской консультации выявляют беременных с факторами риска и проводят их оздоровление. В родильных домах необходимо неукоснительное соблюдение правил гигиены, асептики, проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий, предусмотренных в соответствующих приказах. На педиатрическом участке медицинская сестра должна выделить группу детей септического риска, то есть тех, у которых имеется высокая вероятность развития данной патологии.

Факторы риска материнские: хронические инфекционные заболевания, обострения хронических или острые заболевания во время беременности, воспалительные заболевания мочеполовой системы, угроза прерывания беременности, преждевременные роды, длительный безводный промежуток, гнойный мастит.

Факторы риска со стороны ребенка: недоношенность, переносимость, врожденная гипотрофия, перинатальное поражение ЦНС, реанимационные мероприятия, операции заменного переливания крови, лечение в отделении интенсивной терапии, вскармливание пастеризованным молоком или искусственными смесями, острая респираторно-вирусная инфекция, неблагоприятные социально-бытовые условия семьи. Дети с перечисленными факторами риска должны находиться под диспансерным наблюдением во II группе здоровья. Медсестра должна посещать таких детей чаще обычного. При каждом посещении уточняется самочувствие ребенка, его аппетит, характер стула, динамика массы тела, тщательно осматривается кожа, обследуется пупочная область. Следует всемерно поощрять естествен-

ное вскармливание ребенка. Детям, находящимся на искусственном вскармливании, с первых месяцев жизни показано проведение 1—2 курсов лактобактерина или бифидумбактерина на 2,5 дозы 2 раза в день в течение 3—4 недель для нормализации кишечной микрофлоры. При контакте с больными ОРВИ профилактически закапывается в нос интерферон в течение 3—4 дней.

Дети, перенесшие сепсис и другие септические заболевания в период новорожденности, должны находиться на диспансерном учете в течение 3 лет. Сроки наблюдения: в месяц после выписки из стационара — 2 раза в неделю; 2-й месяц — 1 раз в неделю, 3-й месяц — 2 раза в месяц, в последующем 1 раз в месяц. После года — 2 раза в квартал. При диспансерном наблюдении медсестра должна обращать внимание на температуру тела, сон, аппетит, характер стула, соблюдение рекомендаций по питанию и гигиеническому режиму, психомоторное и физическое развитие ребенка, проверять выполнение матерью рекомендаций врача. Прививки проводить без назначения врача не рекомендуется. Обычно в течение 1-го года жизни прививки противопоказаны. Снятие с учета при отсутствии изменений через 3 года.

Этиология. Рахит — заболевание детей раннего возраста, в основе которого лежит нарушение фосфорно-кальциевого и других видов обмена и изменения в костях, связанные преимущественно с недостаточностью витамина Д. На возникновение рахита влияет также недостаток витаминов А, группы В, С, АТФ и микроэлементов — магния, цинка, меди, фосфора.

Предрасполагающие факторы: токсикоз беременных, несоблюдение правил гигиены, недостаточное пребывание ребенка на воздухе. Рахит чаще возникает при искусственном вскармливании и у недоношенных детей. Определенную роль играют частые ОРВИ и пневмонии, дистрофия, поражение печени и почек. Немаловажное значение имеют и плохие условия среды, ухода (недостаток света, воздуха, сырость, скученность, малое использование солнечных лучей).

Клиника. В клинике различают три степени тяжести и четыре периода: начальный, разгар заболевания, реконвалесценция, остаточные явления. Характер течения — острый, подострый, рецидивирующий.

I степень рахита характеризуется изменениями в нервной системе: появляются раздражительность, вздрагивания во сне, потливость, зуд, облысение затылка. Со стороны костной системы отклонения незначительны, может иметь место размягчение и податливость краев большого родничка.

При II степени страдают нервная, костная и мышечная системы. Признаки изменений нервной системы более выражены, ребенок запаздывает в моторном развитии, выявляется гипотония мышц. Особенно выражены костные изменения: краниотабес, увеличение размеров большого родничка, податливость его краев, швов, реберные «четки», «браслеты» на руках. Развивается анемия, появляются изменения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, увеличиваются размеры печени и селезенки. Про-

исходит задержка роста в длину, позднее прорезываются зубы, появляются признаки остеопороза.

При III степени рахита вышеназложенные симптомы усугубляются. Голова приобретает квадратную форму, переносье запавшее, свод твердого неба готический, неправильный прикус, деформация грудной клетки («куриная грудь» и «грудь сапожника»), «нити жемчуга», искривление плечевых костей, плоский таз и сужение входа в малый таз, искривление ног и позвоночника (кифоз, сколиоз, лордоз) как результат поражения костной ткани. Усиливается гипотония мышц и связочного аппарата, что приводит к разболтанности суставов, появлению «лягушачьего» живота, плоскостопия. Дети с опозданием начинают сидеть, стоять, ходить.

Нарастают анемия, размеры печени и селезенки, страдают дыхательная и сердечно-сосудистая системы. Это приводит к тому, что возникающие пневмонии протекают тяжелее, часто рецидивируют, переходят в затяжное и хроническое течение.

Начальный период продолжается 2—3 недели и чаще наблюдается у детей 2—3-месячного возраста, а у недоношенных через 2—3 недели после рождения. В это время выражены нейровегетативные расстройства (см. клинику I ст. рахита), потливость, раздражительность, пугливость, тревожный, беспокойный сон. Изменений со стороны костной системы еще нет или они только начинаются.

В период разгара болезни в процесс вовлекаются почти все органы и системы, но преобладают симптомы поражения костной ткани.

В период реконвалесценции процесс затихает, симптомы болезни уменьшаются, что является результатом проводимого лечения или пребывания на воздухе в весенне-летний период.

Остаточные явления в виде костных изменений могут сохраняться долгие годы, если лечение рахита II и III степеней проводилось неадекватно.

Острое течение болезни чаще бывает у недоношенных и у детей в возрасте до 6 месяцев. На первый план в клинике выступают признаки размягчения кости и остеопороза. При подостром течении преобладают признаки разрастания остеидной ткани (увеличение лобных и теменных бугров, «четки», «браслеты», «нити жемчуга»). Рецидивирующее течение характеризуется возвратом болезни после периода улучшения. Чаще всего это связано с неадекватным лечением, нарушением ухода и питания, наслоением других заболеваний.

Лечение и уход. Лечение рахита должно быть комплексным, индивидуальным в зависимости от степени тяжести, течения, периода и чувствительности к витамину Д. Всем детям необходимо полноценное питание, сбалансированное по белкам, жирам и углеводам. В большей степени этим требованиям соответствует кормление ребенка грудью. Правильный режим сна и бодрствования, максимальное пребывание на воздухе, массаж, гимнастика, одежда, соответствующая погоде, необходимы для успешного лечения рахита. Специфическое лечение рахита проводится витамином Д₂.

При рахите I степени витамин Д₂ назначается по 2—4 тыс. МЕ в день на 4—6 недель, курсовая доза 120—180 тыс.

При рахите II степени витамин Д₂ назначается по 4—6 тыс. МЕ в день на 4—6 недель, курсовая доза 180—270 тыс.

При рахите III степени витамин Д₂ назначается по 8—12 тыс. МЕ в день на 6—8 недель, курсовая доза 400—700 тыс.

Через 10—15 дней лечения витамином Д₂ необходимо исследовать кровь на содержание кальция и провести пробу Сулковича. При резко положительной реакции и при повышении уровня кальция в крови витамин Д₂ отменяется. Детям старше 3 месяцев при рахите II—III степени вместо назначения витамина Д₂ можно провести курс лечения УФО (10—12 сеансов), начиная с 1/4 биодозы и постепенно повышая до 2,5—3 биодоз на облучение.

При рахите II—III степени для улучшения мышечного тонуса можно назначить возрастные дозы прозерина и АТФ по 12—15 инъекций внутримышечно. Показано введение возрастных доз витаминов А, В₁, В₂, В₅, В₆, В₁₂, С.

Через 2—4 недели при обычном рахите наступает положительная динамика клинических, лабораторных и рентгенологических данных. При отсутствии такой динамики диагноз должен быть уточнен.

Курс специфической терапии в течение года не должен повторяться. После его проведения переходят на поддерживающую терапию профилактическими дозами—400 МЕ в сутки.

Детям старше 4—5 месяцев показаны хвойные ванны (1/2 ст. ложки хвойного экстракта на ведро воды по 5—10 мин, на курс—15—20 ванн). Пастозным детям старше 5 месяцев назначаются соленые ванны (100 г соли на ведро воды). Температура воды 36—37°, продолжительность

соленых ванн 3—5 мин, лучше их делать через день, на курс лечения 10—15 ванн.

При выраженных дефектах скелета необходима консультация ортопеда.

Профилактика рахита начинается до рождения ребенка. Беременная должна много гулять на свежем воздухе, в теплое время года не кутаться, по возможности подставлять открытые участки тела рассеянному солнечному лучам. Антенатальная профилактика рахита включает: своевременное выявление и оздоровление соматических заболеваний, отказ от алкоголя, занятия физкультурой до беременности, здоровый образ жизни.

Пища беременной должна быть полноценной в отношении белков, жиров, углеводов, калорий, минеральных солей, витаминов. Ежедневно в питание следует включать мясо, рыбу, творог, сыр, достаточное количество овощей и фруктов. При неблагоприятных бытовых условиях, когда последние месяцы беременности проходят зимой и ранней весной, в последние два месяца беременности можно назначить витамин Д до 400—500 МЕ в сутки.

Постнатальная неспецифическая профилактика начинается с первых дней. Ребенку нужно обеспечить грудное вскармливание и рациональный режим. При необходимости перехода на смешанное или искусственное вскармливание последнее должно быть правильно организовано. Избыток мучной пищи (каши, толокно, детская мука) способствует развитию рахита. Предпочтение отдается адаптированным смесям. Важно своевременное введение соков, овощных прикормов.

Правильный режим сна и бодрствования, максимальное пребывание ребенка на свежем воздухе, воздушные ванны, массаж, гимнастика — все это способствует профилактике рахита.

Специфическая профилактика рахита проводится с 3—4-недельного возраста. Лучший метод профилактики — «дробный», т. е. ежедневная дача витамина Д в дозе 100—400 МЕ. Суточная потребность детей в витамине Д составляет 100 МЕ, но, в зависимости от различных условий, ее можно увеличивать до 400 МЕ. Эту дозу витамина Д рекомендуют давать детям в течение первого года ежедневно, исключая летний период.

Допускается профилактика рахита методом «толчков», когда витамин Д дают ребенку один раз в неделю — сразу 3,5 тысячи МЕ, и так на протяжении всего года, исключая летний период. Этот метод хуже «дробного» и применяется в тех случаях, когда витамин Д вынуждена да-

вать ребенку медицинская сестра (при неблагоприятных социальных факторах или нерадивости матери).

Детям старше 3 месяцев, проживающим на севере, назначается УФО — через день, 8—10 процедур, начиная с 1/8 или 1/4 до 2,5 биодозы. Перед проведением УФО витамин Д отменяется и вновь назначается после окончания курса УФО.

Во время проведения специфической профилактики препараты кальция не назначают. Для контроля 1 раз в месяц необходимо провести ребенку реакцию Сулковича. Нужно помнить, что смеси «Малыш», «Малютка», «Вита-лакт», «Детолакт» содержат витамин Д, и 350 мл смеси удовлетворяют потребность в нем. Поэтому при их использовании витамин Д не назначают.

Противопоказанием к назначению витамина Д и УФО являются органические поражения ЦНС (гипертензионно-гидроцефальный синдром, параличи, микроцефалия, эписиндром), гиперкальциемия.

Диспансеризация. Для раннего выявления рахита у детей необходимо выделить группу риска. В эту группу включают детей, родившихся в осенне-зимний период года, от неблагоприятно протекавшей беременности, детей, находящихся на раннем смешанном и искусственном вскармливании, проживающих в неблагоприятных условиях. Диспансеризация проводится не менее 3-х лет. Первые два года дети нуждаются в системном проведении комплексного лечения, после 3-х лет при наличии остаточных явлений — длительное диспансерное наблюдение и оздоровление.

Гипотрофия — это истощение ребенка раннего возраста, которое развивается постепенно. Различают приобретенную и врожденную гипотрофию*.

Этиология. Причины приобретенной гипотрофии разнообразны. Чаще всего это недоедание детей из-за гипогалактии, недостаточного содержания отдельных пищевых веществ в рационе, вялое сосание груди, заболевания молочных желез, врожденные пороки развития (расщепление губы и твердого неба и др.), а также нарушение режима дня, питания, питья, ухода, заболевания органов дыхания, кишечника, сепсис и др.

Предрасполагающими факторами являются: заболевания матери и профессиональные вредности во время беременности, токсикозы, асфиксия новорожденных, внутричерепная родовая травма, раннее назначение искусственного и смешанного вскармливания, экссудативный и другие виды диатезов, рахит, анемия, дисбактериоз.

Клиника. Различают три степени гипотрофии. При гипотрофии I степени состояние ребенка не ухудшается. Он активен, цвет кожи не меняется, но в поведении преобладает возбуждение, он не выдерживает промежутки между кормлениями, плачет, требует есть. Только при раздевании и тщательном осмотре отмечается уменьшение толщины подкожно-жирового слоя на туловище; на лице и конечностях он еще сохраняется. Эластичность кожи нормальная, тургор тканей может быть незначительно сниженным. Кривая веса еще идет вверх, в росте ребенок не отстает, а дефицит веса составляет 10—20%.

При гипотрофии II степени ребенок то возбужден, то заторможен и сонлив. Кожа бледная, легко собирается в складки на конечностях, подкожно-жировой слой отсутствует на туловище и снижен на конечностях, тургор тканей дряблый. Кривая веса уплощена, отставание в росте воз-

* Врожденная гипотрофия не рассматривается.

можно на 2—3 см, дефицит веса — 20—30%. Ребенок плохо держит голову, перестает сидеть, ходить. Можно определить одышку, тахикардию, приглушенность тонов сердца, увеличение печени на 1—2 см. Аппетит снижен, имеется склонность к неустойчивому стулу, дисбактериоз I—II стадии.

При гипотрофии III степени кожа сухая, падает складками, подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях и даже на лице. Дефицит массы — более 30%, отставание в росте на 3—4 см, мышцы истощены, ребенок выглядит «старичком», на лбу морщины, глаза западают. Отставание моторики, вовлечение в процесс всех органов и систем нарастает. Температура неустойчива, жажда, отказ от еды, диспептические явления, анемия, признаки гиповитаминоза, голос афоничный, ребенок мало мочится. Часто присоединяются инфекции.

Лечение и уход. Лечение строится в зависимости от этиологии, тяжести и степени функциональных нарушений, резистентности. При гипотрофии I степени питание назначается на долженствующий вес. В случаях гипогалактии — докорм грудным молоком или кислой смесью.

Детей с гипотрофией II—III степени лечить намного сложнее. В период определения толерантности (5—14 дней) объем питания составляет $1/3$ — $1/2$ — $2/3$ суточного объема (I этап лечения). Лучше всего назначать грудное молоко, при его отсутствии — кисломолочные смеси в разведении 2:1, лучше адаптированные. Недостающий объем питания восполняется раствором глюкозы, Рингера.

Под контролем самочувствия ребенка, аппетита, диспептических расстройств за время I этапа объем питания постепенно доводят до объема на долженствующую массу.

В период усиленного питания (II этап) сначала увеличивают белок до 4,5—4 г/кг массы, затем углеводы до 12—14 г/кг, жиры до 5—6 г/кг и калории на приблизительно долженствующую, а по мере улучшения состояния на долженствующую массу тела.

Общее и обязательное правило при диетлечении детей с гипотрофией — постепенность, индивидуальный подход к диете и ее расширению, который осуществляется под контролем копрограммы, кривых массы тела, сахара крови.

После успешно проведенного периода усиленного питания переходят к кормлению по возрасту. Детям с гипотрофией важно обеспечить хороший уход, чаще брать их на руки, гулять по нескольку раз в день при температуре не ниже -5° , в случае более низкой температуры — на

веранде с грелкой к ногам. Очень важно создавать положительный эмоциональный тонус, ежедневно купать.

Особое внимание уделяется профилактике перекрестных инфекций, обязательны массаж, гимнастика.

Необходима ферментотерапия (желудочный сок, фестал, мексаза, абомин, панкреатин, панзинорм).

Обязательно назначение витаминов С, В₁, В₆, в дальнейшем витаминов А, РР, В₅, В₁₂, В₁₅, Е, фолиевой кислоты в возрастных дозировках.

Хороший эффект отмечен от применения апилака (5 мг в свечах 2—3 раза в день до 2 лет).

Показаны дибазол (0,001×3 раза), пентоксил (0,015××3 раза), метацил (0,001×2×3 раза), женьшень, пантокрин.

Для профилактики и лечения дисбактериоза назначают колибактерин, бифидумбактерин, бификол. При особенно упорных гипотрофиях — анаболические гормоны (ретаболит 1 мг/кг массы 1 раз в 2—3 недели). Лечение гипотрофии у детей проводит врач. Патронажная сестра выполняет назначения, контролирует режимные моменты, диетотерапию, организацию ухода в домашних условиях.

Профилактика. Условиями профилактики гипотрофии являются правильный уход, рациональное питание, естественное вскармливание, использование донорского грудного молока, раннее выявление и эффективное лечение гипогалактии. Выполнение режима дня, профилактика анемии и рахита, закаливание, предупреждение острых и хронических инфекционных заболеваний — все это должно занять ведущее место в патронажах медицинской сестры.

Диспансеризация включает, прежде всего, своевременную диагностику начальных форм гипотрофии. Патронажная сестра помогает врачу выявить детей с малыми прибавками массы тела, организовать группу риска по гипотрофии, в которую объединяют детей с отставанием массы тела на 5—10%. Риском возникновения гипотрофии сопровождаются болезни кишечника, тяжелые пневмонии, сепсис и другие затяжные заболевания. Детям из группы риска проводят 2—3 контрольных кормления, уточняют причины гипотрофии, гипогалактии, корригируют питание и режим дня кормящей матери, при необходимости очень важно грамотно и своевременно назначить докорм, прикорм. Детей из группы риска необходимо взвешивать не реже 1 раза в неделю.

Оздоровление детей с гипотрофией проводится по индивидуальному плану, в котором предусматривается обследование, коррекция питания по возрасту, витаминоте-

рапия, применение ферментов и выполнение рекомендаций из стационара.

Прогноз гипотрофии зависит от возможности устранения ее причин, наличия сопутствующих заболеваний или осложнений, возраста больного, характера вскармливания, условий среды и ухода, степени гипотрофии. При гипотрофии III степени даже при правильном лечении умирают 30—50% больных. От гипотрофии I и II степени дети не умирают, но она ухудшает прогноз самых безобидных заболеваний.

Пневмония, кишечные инфекции у детей с гипотрофией трудно излечиваются, часто рецидивируют и нередко приводят к смерти. Вот почему для снижения детской смертности профилактика гипотрофий, оздоровление детей из группы риска, своевременное выявление гипотрофии I степени — одно из ведущих звеньев работы патронажной сестры.

ЭКССУДАТИВНЫЙ ДИАТЕЗ

Экссудативный диатез — своеобразное функциональное состояние организма, характеризующееся повышенной раздражительностью кожи и слизистых оболочек, измененной адаптацией к внешней среде, пониженной сопротивляемостью к инфекциям и легкостью развития патологических процессов. По данным различных авторов, частота экссудативного диатеза колеблется от 24,3% до 54% среди детей первых 2-х лет жизни.

Этиология: заболевание обусловлено генетическими факторами (наследственная отягощенность у 70—80% детей), возрастной недостаточностью ферментообразования, незрелостью иммунологической защиты.

Предрасполагающие факторы: токсикозы, нерациональное питание матери, гипоксия плода и повреждение центральной нервной системы в родах, злоупотребление медикаментами, характер вскармливания и др. Разрешающими факторами становятся, как правило, пищевые аллергены.

К л и н и к а. Экссудативный диатез непостоянен в своих клинических проявлениях и протекает волнообразно. Кризы перемежаются с периодами относительного благополучия и чаще бывают в зимний период. Проявления диатеза могут быть в первые дни жизни. Опрелости, которые появляются даже при хорошем уходе и длительно держатся, должны настораживать медсестру, поскольку могут стать входными воротами инфекции.

В период новорожденности специфическими признаками диатеза являются себорея (гнейс) на волосистой части головы, сухость кожи, молочный струп на щеках, склонность кожи к воспалительным реакциям. Себорея в первом полугодии жизни охватывает большую часть темени, а в тяжелых случаях, при неадекватной терапии, может развиться детская экзема, протекающая по типу истинной детской экземы, сопровождающейся мокнутием и зудом. Из-за зуда дети капризны, плаксивы, беспокойны. Сон у них поверхностный, просыпаются с трудом, после сна капризны.

плячут. У таких детей часто истощается психика. Для экс-судативного диатеза характерно изменение стула (учаще-ние до 3—4 раз в сутки), появление слизи, непереваренных комочков. Часто такое изменение стула не рассматри-вается медсестрой как проявление экссудативного диатеза и иногда назначаются антибактериальные средства, усили-вающие сенсбилизацию организма. Важно помнить, что эти функциональные изменения стула не требуют терапев-тических вмешательств, а устраняются коррекцией пита-ния.

Во втором полугодии жизни заметно уменьшается частота себорей, исчезают упорные опрелости. Молочный струп постепенно (при неэффективном лечении) превра-щается в экзематозное поражение лица. Наряду с пора-жением кожи нередко возникает катаральное воспаление с повышенной экссудацией со стороны слизистых оболочек верхних дыхательных путей, глаз, пищеварительного трак-та, мочеполовой системы. Клинически эти процессы прояв-ляются конъюнктивитом, упорным ринитом, назофаринги-том, бронхитом. На языке появляется десквамация (слу-щивание) эпителия—«географический язык». Периодически отмечается неустойчивый стул с большим количеством сли-зи. Именно в этом возрастном периоде часто начинаются пиелиты, пиелоциститы и вульвовагиниты. Экссудативный диатез является предрасполагающим фактором для воз-никновения хронических воспалительных заболеваний.

Клинические проявления экссудативного диатеза на 2—3-м году жизни изменяются. Высыпания на коже приобре-тают преимущественно признаки строфулюса или крапив-ницы. Экзема может принимать генерализованный харак-тер (переходит на туловище и конечности). Риниты сероз-но-гнойные принимают затяжное течение, часты отиты, конъюнктивиты, обструктивные бронхиты, диспептические проявления со стороны пищеварительного тракта становят-ся более отчетливыми. Для детей с экссудативным диате-зом характерны изменения со стороны лимфатической сис-темы—увеличение периферических лимфатических узлов (особенно шейных). Подмышечные и паховые лимфоузлы также увеличиваются при наличии кожных проявлений на туловище и конечностях, хотя и не в такой степени, как лимфоузлы шеи.

В анализе крови у детей с экссудативным диатезом ха-рактерным является повышение содержания эозинофилов, диспротеинемия, а также дисиммуноглобулинемия с выра-женной гиперпродукцией иммуноглобулинов класса Е.

Лечение и уход. Детям до 1 года необходимо груд-

ное вскармливание как минимум в течение 6 месяцев, что способствует созреванию иммунной системы. Ограничить или исключить прием облигатных аллергенов и матери и ребенку (см. Пищевая аллергия). Диета для ребенка с аллергическим диатезом должна оставаться полноценной по содержанию основных пищевых ингредиентов, но с качественным изменением характера углеводов и жиров. Углеводы в основном должны поступать с овощами и фруктами, щелочная направленность которых необходима при экссудативном диатезе, когда метаболические процессы смещены, как правило, в сторону ацидоза. Физиологическая потребность в белках такая же, как и у здоровых детей, однако растительных белков должно быть не менее 30%. Количество жиров — по возрасту, но процентное содержание растительных жиров в них необходимо увеличить до 50%. В связи с тем, что вводимые пищевые продукты могут вызвать обострение экссудативного диатеза, следует рекомендовать родителям вести пищевой дневник (см. Аллергия пищевая). Соблюдать сроки введения соков и прикормов (см. Аллергия пищевая).

Уход за детьми на 1-м году жизни должен быть особенно тщательным. Надо убедить родителей в том, чтобы они чаще меняли пеленки, поскольку кожа ребенка с аллергическим диатезом легко мацерируется при влажном перегревании. Купать детей при выраженных опрелостях нужно 2 раза в сутки в прокипяченной воде (новорожденных) при температуре 38° и с добавлением антисептиков — слабого раствора марганцовокислого калия или отваров трав (череды, ромашки, дубовой коры, чистотела). С целью профилактики опрелостей рекомендуется смазывать кожные складки прокипяченным растительным маслом, при наличии воспалительной реакции — можно использовать детский крем. Для уплотнения кожи в местах опрелостей и предотвращения инфекции лучше всего смазать кожу 5% р-ром метиленовой сини или бриллиантовой зелени, применяют также индифферентные присыпки. Уход и лечение при себорее волосистой части головы, экзематозных поражениях кожи, ее сухости (см. Аллергия пищевая).

В период обострения диатезов назначают курсы антигистаминных препаратов (см. Заболевания органов пищеварения). Показана витаминотерапия. Жирорастворимые витамины: витамин А в суточной дозе до года 1—2 капли 1,65% р-ра, от 1 года до 3 лет 3 капли; витамин Е — 5—10 мг в сутки. И водорастворимые витамины: С — не более 7 мг/кг в сутки; витамин Р — до 6 месяцев 0,006 в сутки, 7—12 месяцев 0,009—0,012, 1—3 года 0,015—0,02; В₆—

от 6 месяцев до года 0,002 в сутки, 1—3 года 0,0025 — 0,003, 4—6 лет до 0,005 в сутки; В₂ — до 6 месяцев 0,006 в сутки, 7—12 месяцев 0,009, 1—3 года 0,015; В₁₅ — до 6 месяцев 0,015 в сутки, 7—12 месяцев 0,015—0,03, 1—3 года 0,03—0,045...

При истинной экземе витамины А и Д назначают осторожно, поскольку они могут вызвать обострение. Детям с выраженными кожными проявлениями и обструктивным бронхитом рекомендуется проведение курсов лечения задитеном, инталом, гистоглобулином по назначению врача.

Детям с выраженным зудом, беспокойством, нарушением сна показаны седативные средства (настойка валерианы, 1% р-р натрия бромида, фенобарбитал). При аллергодерматозах обязательна консультация дерматолога, но главное участие в их лечении принимают врач-педиатр и участковая медсестра.

Профилактика экссудативного диатеза включает в себя предупреждение ante- и постнатальной сенсibilизации. В период проведения дородовых патронажей необходимо выявлять будущих матерей из групп риска с аллергическими и хроническими заболеваниями, токсикозами беременности, угрозой невынашивания плода и проводить их своевременное оздоровление. Участковый педиатр и медсестра должны работать в самом тесном контакте с гинекологом или акушеркой, участковым терапевтом.

Из диеты беременной женщины, входящей в группу риска, исключаются всяческие аллергены, особенно в последнем триместре. Следует предупредить и воздействие аллергенов из окружающей среды: не содержать в квартире животных, уничтожить насекомых; устранить из обихода синтетические материалы, порошки, излишние лекарства. Введение антибиотиков строго по показаниям и с учетом индивидуальной переносимости. Сократить до минимума влияние неспецифических факторов: исключить курение родителей, провести санацию хронических очагов инфекции, особенно лорорганов в семье, предупредить вирусные инфекции.

Медсестра должна убедить мать, что грудное молоко не просто наилучший продукт питания для малыша, но и мощный фактор защиты его организма. В профилактике экссудативного диатеза следует уделять особое внимание двигательному режиму, длительному пребыванию на свежем воздухе, проведению закаливающих процедур с целью повышения резистентности организма и уменьшения заболеваемости.

Диспансеризация. Дети с экссудативным диа-

тезом берутся на диспансерный учет в группу риска и состоят во II Б группе здоровья.

Врач педиатр определяет план оздоровления ребенка, за выполнением которого строго следит участковая медсестра. Дети с экссудативным диатезом должны получать консультацию специалистов: дерматолога, аллерголога (по показаниям), оториноларинголога не менее 2-х раз в год. Профпрививки проводятся только при отсутствии выраженных проявлений заболевания и не ранее 6 месяцев после обострения под контролем анализов крови и мочи на фоне курса гипосенсибилизации.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

БРОНХИТЫ. **Этиология.** Бронхиты вызываются вирусами, реже бактериями или смешанной вирусно-бактериальной инфекцией. На частоту заболевания влияет эпидемическая ситуация, возраст ребенка, сезоны года.

Клиника. Чаще болеют бронхитами дети от 6 месяцев до 2 лет. Вслед за признаками ОРВИ, чаще ночью, появляется сухой кашель, который ко 2-й неделе болезни становится влажным и постепенно исчезает. При обструктивном бронхите появляется умеренная одышка экспираторного характера, слышны свистящие звуки на расстоянии. Над легкими выслушиваются мелко-, средне- и крупнопузырчатые хрипы, изменяющиеся после кашля. Общее состояние при бронхите страдает мало. Температура чаще субфебрильная, но может в течение 1—3 дней повыситься до 38—39°C. Бронхиты разделяются на острый (простой), обструктивный, затяжной и рецидивирующий. Длительность острого бронхита не превышает 2—3 недели. У детей с рахитом, аллергическим диатезом, анемией, перинатальной энцефалопатией, гипотрофией, а также с наличием хронических очагов инфекции бронхит склонен к затяжному течению.

Лечение и уход. Большинство детей с острым бронхитом лечатся в домашних условиях. Постельный режим в лихорадочный период соблюдается в течение 2—3 дней. Назначается обильное питье (в 1,5—2 раза больше возрастных норм) с целью разжижения мокроты — клюквенный морс, настой шиповника, молоко с медом, чай с лимоном, минеральные воды, молоко с минеральными водами и др. В первый день заболевания, когда держатся симптомы ОРВИ, целесообразно назначить лейкоцитарный интерферон. Ребенок с бронхитом должен находиться в помещении с достаточной влажностью воздуха. Это достигается завешиванием батареи мокрыми толстыми тканями. Рекомендуются тепловые и потогонные процедуры, тепловые укутывания, горячая ванна (общая и ножная), компрессы на грудную клетку (полуспиртовые, водочно-ме-

довье). Широко применяются отхаркивающие микстуры из настоя алтея — 3—4 г на 100 мл кипятка через каждые 2 часа внутрь по 1 чайной или столовой ложке в зависимости от возраста; экстракт грудного эликсира — 6—8 раз в день по 1 капле на год жизни. Для смягчения кашля применяются различные грудные сборы: травы алтея, мать-и-мачехи и душицы, листья подорожника, цветы и листья зверобоя, корни девясила, цветы липы, корни солодки и др. Листья и корни измельчают, 1 ст. ложку запаривают в 300 мл кипятка и дают пить в теплом виде в течение дня. При обструктивном бронхите, который протекает тяжелее, чем простой (дольше затягивается кашель, хуже разжижается мокрота), рекомендуются грудные сборы, содержащие траву фиалки трехцветной и чабреца, плоды аниса, корень солодки, плоды шиповника, лист мать-и-мачехи, лист подорожника. При обилии жидкой мокроты наилучший эффект дает постуральный (позиционный) дренаж с вибрационным массажем. Больному придается положение тела вниз головой, он свешивает туловище с кровати, делая упор руками на пол. Постуральный дренаж повторяют 3—5 раз в день по 15—20 мин, облегчая отток секрета бронхов из плохо вентилируемых нижних долей легких. Выполняя вибрационный массаж детям младшего возраста, ударяют ритмично кончиками пальцев одной руки по грудной клетке, детям старшего возраста — похлопывают по грудной клетке ладонью, сложенной лодочкой.

Хорошим разжижающим эффектом обладают аэрозольные ингаляции в виде 2% р-ра бикарбоната натрия, трипсином, химопсином, дезоксирибонуклеазой, реже мукозольвином. При обструктивном бронхите, когда имеются явления спазма, назначаются аэрозольные ингаляции с эуфилином, эфедрином, изспреналином и др. Антибактериальные средства рекомендуются только при тяжелых бронхитах бактериального происхождения, а также при обострении рецидивирующих бронхитов. Обычно назначаются пенициллины и полусинтетические антибиотики пенициллинового ряда: оксациллин, ампициллин, диклоксациллин, ампиокс и др. из расчета 50—100 тыс. ед. на кг массы тела, реже антибиотики цефалоспоринового ряда по 50 мг на кг массы тела в сутки и др. В острый период, особенно при наличии синдрома обструкции, назначаются УФО грудной клетки, СВЧ, индуктотермия. Электрофорез с лекарственными средствами показан по истечении острого периода в начале восстановительной фазы (с йодидом калия, сернокислой магнезией и др.).

Профилактика. Основным звеном в профилактике

диспептические расстройства (1—2 дня в виде срыгиваний, анорексии, разжиженного и учащенного стула).

Наиболее типичное проявление парагриппа — ларингит со слабо выраженными симптомами стеноза. Со 2—4-го дня состояние ухудшается, возникает грубый, «лающий» кашель, голос становится сиплым, появляется першение в горле. Различают 4 степени стеноза (см. Стенозирующий ларинготрахеит). Довольно частое осложнение парагриппа — очаговая пневмония, которая начинается с 4—6-го дня заболевания и принимает зачастую затяжное течение.

Аденовирусная инфекция. Инкубационный период составляет 4—12 дней. Аденовирусная инфекция (АД) чаще поражает новорожденных детей. Вирус размножается в эпителии дыхательных путей, слизистых глаз, лимфатических железах, а также в кишечном тракте. Этим и обусловлено многообразие клинических форм АД инфекции. Заболевание обычно начинается постепенно и характеризуется преобладанием местных симптомов над общими. Температура тела повышается постепенно, иногда до высоких цифр — 38—39°C. Появляются катаральные симптомы: ринит с обильными слизистыми выделениями, фарингит, бронхит, ринофарингобронхит, пневмония. Заболевание ребенка младшего возраста может затянуться до 1 месяца. Кашель частый, непостоянный, влажный или сухой. Увеличиваются чаще тонзиллярные, заднешейные лимфатические узлы по типу полимикroadении. АД-инфекция часто сопровождается обструктивным синдромом, что отягощает течение заболевания особенно у детей раннего возраста. Легкая форма АД-инфекции проявляется вялостью, адинамией, анорексией; при среднетяжелой форме беспокоят головные боли, реже рвота, температура держится 5—7 дней и дольше, имеет неправильный тип. АД-инфекция нередко характеризуется затяжным и волнообразным течением. Среднетяжелая и тяжелая АД-инфекция чаще встречается у детей до 2-х лет. Для АД-инфекции характерно развитие катарального, фолликулярного и пленчатого конъюнктивита, который появляется с первых дней болезни или в виде второй волны заболевания длительностью до 1—2 недель. Чаще заболевает один глаз, реже с самого начала заболевания развивается двухсторонний конъюнктивит. Тяжелая АД-инфекция характеризуется постепенным вовлечением в патологический процесс новых участков дыхательного тракта с переходом одной формы в другую, длительным волнообразным течением с склонностью к обострениям.

АД-инфекция часто осложняется пневмонией. Признаки нейротоксикоза встречаются реже, отмечается дисфункция

кишечника в виде непродолжительно (3—5 дней) учащенного стула. При АД-инфекции в тяжелых случаях (в результате присоединения вторичной бактериальной флоры) может развиваться токсико-септическое состояние с энцефалитическими реакциями, отит.

Респираторно-синцициальная инфекция (РС). Инкубационный период 3—7 дней. РС-инфекция поражает преимущественно детей первого года жизни. У грудных детей 100% -ная восприимчивость к этой инфекции.

Среднетяжелые и тяжелые формы РС-инфекции встречаются у новорожденных и детей первого года жизни. Начало заболевания постепенное. Основной процесс при РС-инфекции развивается в нижних отделах дыхательных путей в виде бронхолегочных поражений. Катаральные симптомы при РС-инфекции выражены нерезко, носовое дыхание затруднено, кашель поверхностный, редкий, сухой. Гиперемия зева, задней стенки глотки незначительна. Температура нормальная или субфебрильная. Общее состояние мало страдает. При легкой форме инфекции заболевание к 3—7-у дню заканчивается выздоровлением. У детей раннего возраста (до года) РС-инфекция протекает тяжело, на 2—3-й день заболевания в патологический процесс вовлекается бронхолегочный аппарат и могут развиваться бронхиты, бронхиолиты, пневмония. У детей быстро нарастают признаки дыхательной недостаточности, обструктивные проявления. Грудная клетка вздута, легочный звук при перкуссии приобретает коробочный оттенок. Одышка носит смешанный характер, в легких выслушивается обилие звучных мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов. Нарастают симптомы интоксикации, увеличиваются печень, селезенка. Физикальные явления в легких и интоксикация исчезают через 7—8 дней. РС-инфекция при осложнениях в виде пневмонии, ателектазов и др. затягивается до 2—3 недель и больше.

Риновирусная инфекция. Продолжительность инкубационного периода 1—3 дня. Заболевание характеризуется обильными водянистыми выделениями из носовых ходов, которые в дальнейшем становятся слизистыми, слизистогнойными. Слизистая оболочка носа набухает, нарушается носовое дыхание, дети дышат ртом, часто чихают, иногда появляются головные боли, недомогание, ломота в конечностях. Температура нормальная или субфебрильная. Длительность заболевания (без осложнения) до 1 недели.

Энтеровирусная инфекция (Коксаки, ЕСНО). Продолжительность инкубационного периода составляет 2—4 дня. Инфицирование происходит воздушно-капельным путем и

через фекалии. Клиническая симптоматика этих инфекций характеризуется острым началом, кратковременной температурной реакцией (2—5 дней), возможны головные и мышечные боли, боли в животе. У некоторых детей возникает рвота, вздутие живота, частый жидкий стул. Слизистая оболочка зева, миндалин гиперемирована, определяются мелкие пузырьки с прозрачным содержимым, которые превращаются затем в мелкие эрозии. Нередко в первый — второй день болезни на лице, туловище, конечностях появляется полиморфная пятнисто-папулезная сыпь, которая выступает одновременно и держится на протяжении 2—3 дней. Заболевание длится 7—8 дней и вторичной бактериальной инфекцией обычно не осложняется.

Лечение и уход. При заболевании ОРВИ ребенок подлежит изоляции. В домашних условиях — в отдельную комнату или за ширму, в стационаре (в случае тяжелого состояния ребенка) — в отдельные боксы или палаты на 2—3 места специализированных отделений.

Постельный режим в острый период болезни сохраняется до нормализации температуры, затем в течение 4—5 дней назначается щадящий режим: ограничиваются подвижные игры, удлиняется ночной и дневной сон, обязательны прогулки на свежем воздухе. Ограничивается контакт больного с другими детьми. При выраженных явлениях интоксикации назначаются разгрузочные дни, а в дальнейшем — дозированное кормление с постепенным переходом к обычной пище. Для питья используется чай, клюквенный морс, лимонная вода, малиновый, липовый чай, отвар из фруктов. При парезе кишечника рекомендуются продукты, содержащие калий: отвар кураги, чернослива, каша гречневая, овсяная и др.

При температуре 38° и более ребенка нужно раскрыть, растереть кожу спиртом в чередовании с эфиром (на ватке), а затем столовым уксусом пополам с водой. Можно обернуть ребенка в пеленки, смоченные водой комнатной температуры. Для снижения температуры можно приложить бутылочки с холодной водой к областям прохождения крупных сосудов (шея, пах, подмышки). При высокой температуре назначается аналгин в разовой дозе 0,01 на кг массы тела, амидопирин в разовой дозе 0,005 г на кг массы тела.

При отсутствии эффекта вводится внутримышечно 50% р-р аналгина 0,1 мл на год жизни, 4% р-р амидопирина 0,1 мл на кг массы тела. Для снижения температуры можно пользоваться парацетамолом — разовая доза 0,01 на кг массы тела; цефиконовыми свечами. В первые дни заболе-

10,01
0,11

вания нативный лейкоцитарный интерферон назначается в общей дозе до 2 мл 4—6 раз в день в нос. У детей старше 1 лет для лечения гриппа «А» применяется ремантадин 0,1—0,2 в сутки. При тяжелых формах гриппа и парагриппа в первые 3 дня вводится противогриппозный гамма-глобулин в дозе: до 1 года — 1,5 мл, 1—2 года — 2 мл, 2—7 лет — 3 мл (или 0,15—0,2 мл на кг массы тела).

Профилактика ОРВИ. Общие санитарно-профилактические мероприятия: систематическое проветривание и влажная уборка помещений, правильное физическое воспитание, закаливание (обтирания, массаж, гимнастика, прогулки и т. д.). В детских учреждениях применяется облучение помещений ртутно-кварцевой лампой. При обслуживании новорожденных и детей раннего возраста нужно пользоваться марлевыми масками. Важное значение имеет раннее выявление и изоляция больных. Помещение, где находится больной, регулярно проветривается, проводится влажная уборка 2% р-ром хлорной извести. Посуда больных, носовые платки кипятятся. Контактным детям назначается лейкоцитарный интерферон.

Диспансеризация. Дети, перенесшие ОРВИ, диспансеризации не подлежат. Исключение составляют дети раннего возраста с различными фоновыми заболеваниями, которые находятся под диспансерным наблюдением и получают соответствующую терапию. После ОРВИ в течение двух недель дети освобождаются от физических занятий.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ОСТРАЯ).
Этиология. У детей острая дыхательная недостаточность (ОДН) может развиваться в результате наличия механического препятствия в дыхательных путях (аспирация пищи, рвотных масс, инородных тел), при травмах, заболеваниях органов дыхания (стенозирующий ларинготрахеит, истинный круп, бронхообструктивный синдром, бронхолит, отек легкого и др.).

Клиника. ОДН делится на 3 степени. Первая степень: отсутствие клинических симптомов в покое. Ребенок становится беспокойным (крик, нарушение акта сосания, перемена положения тела), появляется цианоз вокруг рта, учащается число дыхательных движений. При второй степени ОДН одышка появляется уже в состоянии покоя, усиливается цианоз носогубного треугольника, губ, определяется втяжение податливых участков грудной клетки, раздуваются крылья носа после крика или физической нагрузки, определяется тахикардия. Соотношение дыхательных движений к пульсу составляет 1:2 или к 2,5 при норме 1:3,5. Третья степень ОДН сопровождается поверх-

ностным учащением дыхания и падением АД, кожные покровы приобретают землистый оттенок, губы синюшны, периодически может наступать общий цианоз. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура грудной клетки, мышц живота. Пульс малого наполнения и напряжения нарастает тахикардия, соотношение дыхания к пульсу 1:1,5. Возбуждение ребенка сменяется общим торможением.

Лечение и уход. Прежде всего необходимо устранить причину, способствующую развитию ОДН. Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей, для чего нужно максимально разогнуть голову ребенка и выдвинуть его нижнюю челюсть вперед, отсосать секрет. Затем проветрить помещение, провести кислородотерапию через аппарат Боброва или в детской кислородной палатке, завариванием различных трав (чабрец, ромашка, шалфей, мать-и-мачеха и др.) увлажнить воздух. С целью стимуляции кашля сделать вибрационный массаж, постуральный дренаж, сжимать грудную клетку при попытке откашляться. При остановке дыхания проводится дыхание «рот в рот» или «рот в нос». После проведения необходимых мероприятий медсестра обязана организовать вызов неотложной помощи для госпитализации и дальнейшего лечения ребенка.

Профилактика и диспансеризация заключаются в предупреждении и ликвидации основного заболевания.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ. Этиология. Дети могут аспирировать пищевые, рвотные массы, пустышки, пуговицы, таблетки и др.

Клиника. При попадании инородного тела в гортань у ребенка внезапно появляются инспираторная одышка, цианоз, приступообразный коклюшеподобный кашель, иногда осиплость или афония голоса. Проникновение инородного тела в трахею сопровождается острой и бурной симптоматикой: возникает мучительный, приступообразный, многократный кашель, переходящий в рвоту. Ребенка беспокоит тупая загрудинная боль. Подвижное инородное тело трахеи при перемещении издает хлопающий звук (симптомы баллотирования), который нередко слышен на расстоянии. Интенсивность звука меняется при перемене положения тела ребенка. Инородное тело, смещаясь во время акта дыхания, приводит к нарушению вентиляции то в одном, то в другом легком. Периоды временного благополучия сменяются приступами асфиксии и цианоза.

Инородные тела бронхов представляют наибольшие трудности для распознавания. Период острых респиратор-

ных нарушений носит кратковременный характер и характеризуется кашлем, цианозом, инспираторной одышкой, беспокойством. Все эти явления быстро проходят, и после перемещения инородного тела в бронх дыхание стабилизируется, а редкие внезапные приступы кашля расцениваются как результат легкой простуды и не привлекают внимания родителей. При несвоевременной диагностике со временем развивается тяжелая пневмония, которая приводит к развитию хронического процесса в легких. В диагностике важную роль играет правильно собранный анамнез, а также клиническая симптоматика. Следует помнить, что вне зависимости от величины инородного тела, аспирированного ребенком, показана срочная госпитализация в многопрофильную больницу или в реанимационное отделение.

Профилактика. Основным звеном в профилактике инородных тел дыхательных путей является правильно проводимая санитарно-просветительная работа. Родители должны помнить, что детям нельзя разрешать игры с различными мелкими предметами, иглами, лекарственными средствами, зерновыми, бобовыми, ягодами и др.

Диспансеризация не проводится.

ЛАРИНГОТРАХЕИТ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ. Наблюдается в основном у детей младшего возраста (1—3-х лет), страдающих аллергическими реакциями, экссудативным и другими диатезами, травмированных в родах, с гипоксической энцефалопатией, часто болеющих респираторными вирусными заболеваниями.

Этиология: вирусная инфекция, которая вызывает отек слизистой и спазм мышц гортани, скопление густой слизи.

Клиника. Синдром крупа развивается обычно у детей на фоне острого респираторного заболевания, чаще на 2—4-й день болезни или позднее, нередко ночью. Определяется яркая гиперемия зева, осиплость голоса, грубый, «лающий» кашель, высокая температура, головная боль, рвота и другие признаки нейротоксикоза (вплоть до судорог).

Различают 4 степени стеноза. I степень. Дыхание шумоватое при выдохе, небольшое усиление вдоха с укорочением паузы между вдохом и выдохом. При беспокойстве — умеренное втяжение податливых мест грудной клетки, незначительный цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа. Голос осиплый, реже грубый или чистый. Кашель «лающий». Над легкими отсутствуют сухие хрипы, пневмония регистрируется редко.

II степень. При данной стадии стеноза имеется непол-

ная компенсация функции дыхания. Больные возбуждены, реже вялые, капризные. Дыхание шумное, с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Крылья носа напряжены, раздуты, отмечается напряжение шейных мышц в спокойном состоянии. Определяются заметные синхронные движения гортани во время вдоха и выдоха. Голос осиплый, кашель грубый, «лающий». Кожные покровы влажные, розовые или бледные. Выражен цианоз носогубного треугольника. В отдельных случаях расстройство дыхания напоминает астматический или обструктивный синдром, связанный с бронхоспазмом. Тахикардия. Возможна пневмония. Признаки стеноза гортани 2-й степени развиваются при продолжительности заболевания более 7—8 часов и сужении просвета ее на 1/2 от нормы.

III степень. Состояние ребенка очень тяжелое, отмечается чувство страха или апатия, беспокойство. Одышка инспираторного характера, выраженная, с удлиненным вдохом, сопровождается стенотическим гортанным шумом. Отмечается резкое втяжение подключичной и нагрудинной ямок, эпигастральной области, межреберных пространств. Экскурсия гортани максимальная вниз при вдохе и вверх при выдохе. Пауза между вдохом и выдохом исчезает. Кожные покровы бледные, покрытые липким холодным потом. Цианоз носогубного треугольника, губ, языка, ногтевых фаланг, реже общий. Пульс частый, слабого наполнения, периодически регистрируется выпадение пульсовой волны в фазе выдоха. Тоны сердца глухие. Выражена гипотония мышц. Дыхание поверхностное, частое, впоследствии появляется сероватый оттенок кожи лица. В конце этого периода губы, кончик носа, пальцев становятся холодными, расширяются зрачки. Воспалительный процесс гортани носит отечно-инфильтративный или фибринозно-гнойный характер. Шумное дыхание может ослабевать в результате адинамии и угнетения сознания. Над легкими жужжащие, свистящие, крепитирующие хрипы.

IV степень. Общее состояние крайне тяжелое, выражен общий цианоз или кожные покровы имеют серовато-бледный цвет. Температура снижается, сознание утрачивается, зрачки расширены, могут быть судороги, непроизвольное отхождение мочи, кала. Дыхание частое, очень поверхностное или прерывистое, с короткими остановками с последующим глубоким вдохом или редкими попытками вдоха с вытяжением грудины, эпигастральной области. Дыхательные шумы в легких едва слышны. Отмечается падение сердечной деятельности, глухость тонов, тахикардия или брадикардия. Пульс нитевидный, на периферии часто не оп-

ределяется. Сначала происходит остановка дыхания, потом сердца.

Лечение и уход. Стеноз I степени. Горчичники на грудную клетку, и грудину, горячие ножные ванны (температура от $37,5^{\circ}$ до 39°) на 5—7 мин. При высокой температуре 50% р-р анальгина — 0,1 мл на год жизни внутримышечно. Обильное теплое щелочное питье («Боржоми») пополам с молоком, молоко с содой. Пить настойчиво, преодолевая сопротивление, понемногу, пока не появится влажный кашель. Полуспиртовой (водочный) компресс на область грудной клетки. Димедрол, супрастин или пипольфен внутрь: до года 0,005; от 1 до 3-х лет 0,008—0,15.

Стеноз II степени. Горчичники, горячие ножные ванны, грелки к ногам, полуспиртовые компрессы на грудину, горчичные укутывания, теплое щелочное питье, паровые ингаляции. При беспокойстве и возбуждении ребенка — валериана, седуксен внутримышечно 0,5% р-р 0,3—0,8 мл или оксibuтират натрия 20% р-р 50—100 мг/кг в/м или в/в. Но-шпа 0,3—1,5 мл в/м. Эуфиллин 2,4% р-р 1 мл на год жизни (до года — 0,1 мл/кг) в/в медленно в 10—20 мл 20%-ного р-ра глюкозы. Эфедрин 5% р-р в/м или в/в: до года 0,1; 2—4 года 0,15; 5—10 лет 0,2—0,4; 10—14 лет 0,4—0,5 мл. Глюконат кальция 10% р-ра: до года 3 мл; от 2 до 4 лет 4 мл в/в или в/м. Преднизолон 1—2 мг/кг в/м или в/в.

Стеноз III степени. Противопоказаны горчичные оберывания, тепловые компрессы и горячие ванны. Ингаляционная терапия прежняя. Все лекарственные препараты вводятся только в/в. Преднизолон до 3—4 мг/кг, гидрокортизон до 10—15 мг/кг, иногда больше. Борьба с гипертермией (амидопирин, анальгин, аспирин, холод на голову и на области крупных сосудов — шея, паховые и подмышечные области). Когда лечение неэффективно, явления стеноза нарастают и появляется угроза асфиксии, производится интубация трахеи или трахеостомия.

Стеноз IV степени. Немедленная интубация трахеи или трахеостомия. При II—III—IV степенях стенозирующего ларингита обязательна кислородотерапия. Антибиотики назначаются при всех степенях стеноза.

Госпитализация детей с ларинготрахеитом и явлениями стеноза I—V степени обязательна (в лоротделение), со стенозом III—IV степеней — в реанимационное отделение.

Профилактика. Ребенок должен быть изолирован в первые же часы болезни (в отдельную палату). Если выявлен больной ребенок в детском саду, его следует поместить в изолятор, а группу разобщить с другими группами. За детьми, бывшими в контакте, устанавливается наблюдение.

ние, измеряется температура утром и вечером, каждые 2 часа закапывается интерферон в нос.

Очень важно не допускать к работе с детьми больного сотрудника (даже с легкими проявлениями ОРВИ). В период эпидемий персонал работает в марлевых масках, меняя их каждые 2 часа.

Д и с п а н с е р и з а ц и я . Переболевший ребенок допускается в коллектив через 10 дней после выздоровления, а при аденовирусной инфекции не ранее 14 дней. Еще 2 недели такому ребенку необходим щадящий режим, удлинненный сон, отвод от медпрививок и закаливающих процедур на 1 месяц.

ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ. **Э т и о л о г и я .** Пневмонии вызываются разнообразными возбудителями: микробами (пневмококк, стафилококк, кишечные палочки, гемолитический стрептококк, синегнойная палочка, протей, клебсиелла и др.), реже вирусами, грибами, простейшими. У детей раннего возраста возбудителем пневмонии чаще является кишечная палочка, стафилококк, в более старшем возрасте — пневмококк, гемофилиус и др.

К л и н и к а . У ослабленных детей с фоновыми заболеваниями, перенесших внутриутробное поражение ЦНС, родовую травму, асфиксию в родах, имеющих наследственные генетические дефекты развития, врожденные аномалии или пороки развития бронхолегочной системы, пневмония встречается чаще, чем у здоровых детей. Различают очаговую бронхопневмонию, очагово-сливную, сегментарную, крупозную и интерстициальную пневмонию. Пневмония может быть неосложненная и осложненная — с токсическими, кардиореспираторными, циркуляторными, обструктивными и кишечными проявлениями, а также гнойными, легочными и внелегочными осложнениями.

Первичные проявления пневмонии на начальном этапе заболевания, особенно у детей раннего возраста, в частности у недоношенных и новорожденных, неспецифичны и диагностика их представляет большие трудности. Начальные симптомы связаны с интоксикацией и проявляются беспокойством, возбуждением, частым криком. Поведение ребенка капризное, он теряет интерес к окружающему, плачет без особых причин, стонет, отказывается от груди, теряет в весе. Если пневмония развивается на фоне ОРВИ, то наряду с симптомами ОРВИ отмечается повторное повышение температуры, ухудшается общее состояние ребенка, появляется цианоз губ, носогубного треугольника, который усиливается при крике и акте сосания, изменяется частота, глубина и ритм дыхания. У новорожденных появляются асфиктические приступы, ритмичное шевеление

губами, кивание головой, пена у рта. Перкуторно-легочной звук из-за эмфиземы легких приобретает коробочный оттенок, реже у детей раннего возраста отмечается укороченный легочный звук. Дыхание жестковатое, при больших участках поражения оно становится бронхиальным, а при развитии ателектазов — ослабленным. При аускультации на высоте вдоха выслушивается крепитация, сухие, мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы (как проявление сопутствующего бронхита). Тяжелые формы пневмонии сопровождаются одышкой, расстройством ритма дыхания, мучительным, навязчивым кашлем, грудные дети отказываются от груди. Имеется ряд изменений со стороны других органов и систем. Тоны сердца становятся глухими или приглушенными, учащается пульс, повышается или понижается АД, появляется рвота, вздувается кишечник, учащается стул, увеличивается печень, дети теряют в весе, развивается токсикоз. Нередко у детей с тяжелыми формами пневмонии развивается анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, ускоряется СОЭ. При рентгенографии легких выявляются инфильтративные изменения очагового, очагово-сливного и сегментарного характера на фоне усиления и уплотнения легочного рисунка и корней легких.

Лечение и уход. Обязательной госпитализации подлежат дети первого полугодия жизни, а также с тяжелыми формами пневмонии. Ребенку с пневмонией прежде всего необходимо освободить верхние дыхательные пути, для чего следует отсосать слизь и мокроту из полости рта с помощью резиновой груши с катетером (а в стационаре электроотсосом), обязателен туалет носа. Полость рта обрабатывается глицерином, перекисью водорода, 2% р-ром бикарбоната натрия и др. В течение 2 часов, а при необходимости и больше, подается увлажненный кислород. Положение тела в постели — с приподнятым изголовьем, грудные дети — на боку, с целью предупреждения аспирации. Постель должна быть мягкой, теплой. Пеленание рыхлое, не стесняющее грудную клетку. Хороший эффект при нормальной или невысокой температуре можно получить от проведения лечебных ванн. Температура воды постепенно повышается от 37 до 39°C, продолжительность лечебных ванн не более 5—7 минут. При хорошем клиническом эффекте лечебных ванн кожные покровы розовеют. Если кожные покровы бледнеют, лечебную ванну следует прекратить. Подобный клинический эффект можно получить и от проведения горячих ножных ванн. Детям с пневмонией рекомендуются ингаляции с муколитическими травами, спазмолитическими средствами, 2% р-ром бикарбоната на-

трия и др. (см. Бронхиты). В первые дни у детей с пневмонией желательнее уменьшить объем пищи до $\frac{2}{3}$ суточного объема, при тяжелых формах до $\frac{1}{2}$ суточного объема. Количество жидкости в острый период детям первого года жизни увеличивается на 200—300 мл в сутки (соки, отвар шиповника, физиологический р-р, 5% глюкоза, чай несладкий, отвар из трав). При наличии аллергического диатеза применяются антигистаминные средства — димедрол, пипольфен, суфрастин, тавегил и др. в возрастных дозировках. С целью улучшения обменных процессов целесообразно применение кокарбоксылазы по 5—7 мг на кг массы тела, 5% р-р аскорбиновой кислоты 1—2—3 мл в зависимости от возраста, витамин В₆ 5% р-р 0,5—1,0 мл в/в. При наличии obstructивных проявлений, а также при тяжелых формах пневмоний для улучшения внутрилегочной гемодинамики назначается 2,4% р-р эуфиллина 0,1—0,15 мл на кг массы тела (детям первого года жизни). Детям более старшего возраста — по 2—4 мг на кг массы тела 24% р-р эуфиллина, но не более 5,0 мл, на изотоническом растворе хлорида натрия. При легких и среднетяжелых формах пневмоний, когда ребенок лечится в домашних условиях, антибактериальная терапия начинается внутримышечным введением пенициллина по 70—120 тыс. ед. на кг массы тела в сутки. При непереносимости пенициллина или неоднократном прежде его получении назначаются антибиотики пенициллинового ряда — оксациллин, ампициллин, ампирикс, диклоксациллин и др. по 50—100 тыс. ед на кг массы тела в сутки. Участковая медицинская сестра должна помнить, что при легкой и средней тяжести формах пневмонии достаточно двухразового введения в сутки пенициллина и антибиотиков пенициллинового ряда в течение 5—10 дней. Тяжелые формы пневмонии лечатся в стационаре. При этом назначается различное сочетание антибиотиков пенициллинового ряда с аминогликозидами (гентамицин, сизомицин, бруломицин), полусинтетические антибиотики с цефалоспоридами и др. комбинации. Тяжелые формы пневмоний требуют увеличения дозы антибиотика в 2 раза, при деструктивных пневмониях продолжительность антибактериальной терапии составляет 4—6 недель. В случае лечения пневмонии на дому медсестра должна обратить внимание на соблюдение режима согласно возрасту, выполнение санитарно-гигиенических требований и др.

Профилактика. Профилактические мероприятия начинаются с родильного дома и связаны с правильным ведением родов, предупреждением травм, асфиксии, соблю-

денем соответствующего температурного режима в материнских палатах и палатах новорожденного. В дальнейшем правильное вскармливание ребенка, соблюдение температурного и воздушного режима в квартире, закаливание, проведение прогулок и сна на свежем воздухе, водных процедур, массажа и активно-пассивной гимнастики, а также изолирование больных детей от здоровых, профилактика рахита, анемии, гипотрофии и др. болезней являются хорошим подспорьем в борьбе с пневмонией.

Диспансеризация. Дети, перенесшие пневмонию в возрасте до 3 месяцев, осматриваются на протяжении первых 6 месяцев 2 раза в месяц, а в последующие полгода 1 раз в месяц. Детей, перенесших острую пневмонию в возрасте 3—12 месяцев, нужно осматривать 1 раз в месяц, а в возрасте от 1 до 3 лет — 1 раз в 1,5 месяца, старше 3 лет — 1 раз в квартал. Наибольшее внимание при диспансеризации уделяется детям, перенесшим пневмонию с легочными или легочно-плевральными осложнениями, с затяжным течением, повторно болеющим острой пневмонией, выписанным из стационара с улучшением, но с остаточной клинической или рентгенологической симптоматикой. Дети, перенесшие деструктивные пневмонии, находятся на диспансерном учете 4—5 лет. Рекомендуется после пневмонии реабилитация здоровья в местном санатории; ЛФК, гимнастика, соблюдение режима дня, полноценное питание. Во время диспансерного наблюдения обращается внимание на общее самочувствие ребенка, окраску кожи, наличие одышки, кашля, изменения в легких. С учета снимаются через год при условии длительной, стойкой нормальной температуры, отсутствия изменений в легких, нормальных показателей крови и рентгенологических данных.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ. **Этиология.** Хроническая пневмония развивается после недолеченной острой пневмонии.

Клиника. Главную роль в хронизации процесса играют структурные изменения бронхов, приводящие к нарушению оттока и застою бронхиального секрета. Одним из наиболее частых симптомов при хронических пневмониях является влажный кашель с небольшим количеством мокроты. Кашель обычно беспокоит по утрам, усиливается при присоединении ОРВИ. Хроническая пневмония может обостряться по 3—4 раза в год. Во время обострения повышается температура, ухудшается самочувствие, усиливается кашель, появляется одышка, иногда с обструктивным синдромом. Аускультативно: бронхиальное дыхание, крепитация, мелко-, средне- и, реже, крупнопузырчатые влаж-

ные и рассеянные сухие хрипы. При частых обострениях постепенно нарастает дыхательная недостаточность, обусловленная деформацией легких и бронхов, развитием пневмосклероза. Дети начинают отставать в физическом развитии, у некоторых из них формируются эмфизема и бронхоэктазы, даже в покое отмечается одышка, цианоз губ, учащается пульс. Со временем появляются отчетливые признаки хронической гипоксии: утолщение концевых фаланг пальцев («барабанные палочки») и поражение ногтей («часовые стекла»).

Лечение и уход. Лечение хронической пневмонии зависит от периода болезни, тяжести состояния и наличия осложнений. Во время обострения предпочтительнее лечить ребенка в стационаре с применением антибиотиков в течение 3—6 недель. Важно обеспечить максимальное отхождение мокроты. С этой целью назначаются отхаркивающие, протеолитические ферменты в аэрозольных ингаляциях, применяется постуральный дренаж и массаж грудной клетки, ЛФК (см. Бронхиты и Острые пневмонии). Таким детям рекомендуются средства, предупреждающие дисбактериоз (нистатин, биопрепараты). Назначаются иммуномодуляторы (метилурацил, пентоксил, нукленат натрия, левамизол, витамины), гипосенсибилизирующие средства. Широкое применение в лечении хронической пневмонии находят физиотерапевтические процедуры — УВЧ, диатермия, электрофорез, УФО на грудную клетку. С лечебной и диагностической целью по показаниям проводятся бронхоскопия и бронхография. После выписки из стационара в период ремиссии ребенок продолжает принимать муколитические средства, проводится вибрационный массаж, закаливание воздухом и водой. Летом максимальное пребывание на свежем воздухе, а зимой не менее 3—4 часов.

Профилактика. Профилактика пневмоний заключается в устранении всех причин, способствующих возникновению хронической пневмонии. Медсестра должна проводить с родителями санитарно-просветительную работу в отношении закаливающих процедур и максимального пребывания ребенка на свежем воздухе. Большое значение имеет лечение острых пневмоний до полного выздоровления, т. е. восстановления функции органов дыхания и нормализации рентгенологической картины. Профилактика рецидивов хронической пневмонии заключается в систематических занятиях дыхательной гимнастикой (упражнения, способствующие нормализации дренажной функции бронхов). Занятия физкультурой при нетяжелых формах хронической пневмонии разрешаются по общей программе с

включением занятий по плаванию. Для подобного контингента больных предусматриваются различные подвижные игры на свежем воздухе. Особое место в профилактике обострения хронической пневмонии принадлежит пребыванию ребенка после выписки из стационара в местном санатории, а в летний период — отдых в загородной зоне.

Диспансеризация. Дошкольники осматриваются пульмонологом 1 раз в 3 месяца, школьники 1 раз в 6 месяцев. Функциональные исследования — спирография и ЭКГ — проводятся 1 раз в год. При неэффективности консервативных методов лечения в редких случаях решается вопрос оперативного вмешательства. Высокоэффективно неоднократное пребывание на курортах Южного берега Крыма. Медсестра обращает внимание родителей на необходимость последовательного лечения хронических очагов инфекций.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И СОСУДОВ.

Этиология. Пороки сердца и сосудов возникают в результате повреждения и нарушения нормального развития эмбриональных зачатков сердечно-сосудистой системы у плода в первые 2 месяца беременности женщины.

Клиника. У детей раннего возраста врожденные пороки сердца (ВПС) встречаются наиболее часто среди всех заболеваний сердечно-сосудистой системы. К порокам, связанным с увеличением кровотока в малом кругу кровообращения, относятся: дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, атриовентрикулярная коммуникация. Другая группа пороков сопровождается уменьшением кровотока в малом кругу кровообращения: изолированный стеноз легочной артерии, тетрада, триада, пентада Фалло, транспозиция крупных сосудов сердца, болезнь Эйзенменгера и др. Эти пороки в отличие от предыдущей группы чаще сопровождаются появлением синюшности кожных покровов, могут быть одышечно-цианотические приступы. Каждый порок неблагоприятно влияет на сердце и, в зависимости от размера дефекта, приводит к недостаточности кровообращения. Поэтому медсестра при подозрении на врожденный порок сердца и сосудов должна немедленно направить ребенка на обследование. Чем раньше обследуется ребенок у кардиолога, кардиохирурга, тем меньше затруднений возникнет в лечении. Медицинская сестра должна знать, что одним из первых симптомов врожденного порока сердца у детей раннего возраста является одышка во время кормления (акта сосания). Ребенок длительное время сосет грудь, при этом часто отдыхает, а период кормления удлиняется. Цианоз появляется или усиливается во время кормления, снижается аппетит. На эти симптомы следует обратить внимание в первую очередь, поскольку они указывают на появление ранних признаков недостаточности кровообращения. Если при этом выслушивается шум над областью сердца (чаще систолический, реже диастолический), то с уверенностью

можно заподозрить врожденный порок сердца и необходимо направить ребенка к кардиологу для дальнейшего обследования.

Лечение и уход. Питание детей с ВПС должно удовлетворять возрастные потребности в пищевых веществах. Для равномерного распределения нагрузки на сердечно-сосудистую систему ребенка следует кормить не реже 5 раз в сутки, независимо от возраста. Одежда должна быть легкой, просторной, теплой, нательное белье — из хлопчатобумажной ткани. Не допускается ношение белья, одежды с тугими резинками, так как это может привести к нарушению кровообращения. После обследования и назначения лечения сестра должна следить за выполнением этих назначений. Вопрос об оперативном лечении решается врачами-кардиологами.

Профилактика. Профилактика врожденных пороков сердца сводится к проведению санитарно-просветительной работы среди беременных. Необходимо активное участие медицинской сестры, акушерки в трудоустройстве беременных (с исключением вредных условий работы), пропаганде трезвого образа жизни среди будущих матерей. Во время беременности категорически запрещается контакт с инфекционными больными (корь, краснуха, ОРВИ, токсоплазмоз и др.), применение лекарственных средств и др.

Диспансеризация. Все дети с ВПС находятся на диспансерном учете и, в зависимости от тяжести порока, подвергаются медицинскому осмотру. Профилактические прививки проводятся при всех видах пороков за исключением тяжело протекающих. Учитывая, что у большей половины детей ВПС сопровождается увеличением количества крови в легких, особое внимание уделяется профилактике вирусных заболеваний. Не следует физически перегружать детей, хотя целесообразно постоянно умеренно тренировать сердечно-сосудистую систему путем рационального применения лечебной физкультуры. Физическая нагрузка подбирается индивидуально, с учетом общего состояния и тяжести порока. Все дети должны больше находиться на свежем воздухе, а летом их следует вывозить за пределы города. Длительное пребывание в закрытом помещении (особенно у детей, имеющих цианоз), приводит к увеличению кислородного голодания. Медсестра должна следить за своевременным направлением детей в ВПС на лечение хронических очагов инфекции — кариеса зубов, хронического тонзиллита, хронического отита и др. При малейшем ухудшении состояния ребенка следует немедленно направить к врачу (кардиологу) для ре-

шения вопроса о консервативном лечении, а в дальнейшем при необходимости и оперативного вмешательства. Следует помнить, что позднее выявление и несвоевременное обследование детей с ВПС может привести к катастрофическим последствиям.

КАРДИТЫ. **Этиология.** Кардиты развиваются в результате ревматизма, ОРВИ, скарлатины, тяжелых аллергических заболеваний, гнойно-септических заболеваний — плеврита, сепсиса, внутриутробных инфекций и др.

Клиника. При кардите поражаются все оболочки сердца, но чаще всего поражается миокард. Миокардит (воспаление миокарда) характеризуется расширением границ сердца во все стороны, приглушением тонов, систолическим дующим шумом, снижением АД, учащением и ослаблением пульса. При эндокардитах (поражениях эндокарда) шум постепенно нарастает со 2—3-й недели болезни и выслушивается на проекции пораженных клапанов; при поражении клапанов аорты появляется диастолический шум на основании сердца. При сухом перикардите выслушивается шум трения перикарда — сначала нежный, затем более грубый, двухфазный (во время систолы и диастолы). Экссудативный перикардит характеризуется нарастающей одышкой, бледностью, цианозом, резко расширяются границы сердца, ослабевают тоны сердца, возникает одышка. Вначале выслушивается шум трения перикарда, затем, по мере накопления жидкости в околосердечной сумке, набухают шейные вены, увеличивается печень, появляются отеки. При кардитах, наряду с наличием симптомов поражения сердца, имеется и ряд клинических признаков основного заболевания.

Лечение и уход. Больному с кардитом обеспечивается полный физический и психический покой. Дети подлежат госпитализации. Медицинская сестра должна знать, что на догоспитальном этапе при тяжелых формах кардита необходимо придать ребенку наиболее удобное положение, облегчающее его состояние. Перед и во время транспортировки больному дается увлажненный кислород 35—45% не менее 30 мин. В случае отсутствия кислорода в зимнее время ребенок выносится на веранду, в теплую погоду — на улицу. Создается благоприятная окружающая обстановка, проводятся успокаивающие беседы, к ногам прикладывается грелка (если температура невысокая, а конечности холодные на ощупь). Если у ребенка учащен пульс, тоны глухие и имеется подозрение на поражение внутренней оболочки сердца (эндокарда и мышц сердца), вводятся сердечные гликозиды: р-р строфантина 0,05% от

0,05 до 0,5 мл (в зависимости от возраста) в/в на изотоническом р-ре или 5—10% р-ре глюкозы, или р-р коргликона 0,06% 0,1—0,6 мл в/в, а также кортикостероиды: преднизолон по 1—2 мг на кг массы. При снижении АД назначается кордиамин 0,1—0,5 мл или норадреналин 0,1% р-р 0,05—0,5 мл в зависимости от возраста. После этого ребенок переводится в больницу.

Профилактика. Для профилактики кардитов необходимо повышать защитные силы организма ребенка путем закаливания (обтирания прохладной водой, прохладные ножные ванны), проветривать помещения, чаще проводить влажную уборку. Рациональное соблюдение режима согласно возрасту, изоляция детей во время вспышек ОРВИ и др. инфекций, занятия физкультурой — хорошее подспорье против различных видов кардитов. Необходимо лечить до полного выздоровления любое инфекционное заболевание, систематически проводить санацию хронических очагов инфекции. При легком и среднетяжелом кардите прививки разрешаются только через 2 года после проведения курса лечения.

Диспансеризация. Дети, перенесшие неревматические кардиты, после выписки из стационара находятся на диспансерном наблюдении кардиоревматолога или педиатра. Наблюдаются 1 раз в квартал, а в тяжелых случаях и при подостром и хроническом течении 1 раз в месяц. Участковая медицинская сестра обращает внимание на состояние сердечно-сосудистой системы у ребенка, наличие или отсутствие сердцебиений, одышки, цианоза, шума, отеков. При необходимости направляет ребенка на консультацию. Она следит также за выполнением рекомендаций, соблюдением назначенного режима, помогает проведению лечебной физкультуры, наблюдает за принятием лекарственных средств: сердечных гликозидов, кортикостероидов и др. Дигоксин и панангин дети получают длительно до нормализации клинических и инструментальных данных. 2—3 раза в году необходимо введение кардиотрофических средств — кокарбоксилазы, рибоксина, витаминов группы В. После выписки из стационара ребенок освобождается от занятий физкультурой в основной группе на год, а в дальнейшем — в зависимости от состояния. При легком течении болезни наблюдение в поликлинике проводят в течение 2—3 лет, при среднетяжелом и тяжелом — до 5 лет и более.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА. Этиология. Причиной нарушений сердечного ритма и проводимости могут быть врожденные или приобретенные органические

заболевания сердца, электролитные нарушения, токсико-аллергические состояния, различные заболевания внутренних органов и эндокринной системы, сепсис, пневмония, хронические очаги инфекции, психогенные расстройства и др. Наиболее часто встречающимися формами нарушения сердечного ритма, являются пароксизмальная тахикардия (ПТ) и экстрасистолия.

К л и н и к а. ПТ проявляется приступами сердцебиений с внезапным началом и окончанием. У детей раннего возраста возникает чувство страха, появляется бледность, выступает холодный пот, одышка, цианоз, акроцианоз, частый пульс, учащается мочеиспускание. У детей старшего возраста приступ начинается внезапно, с удара или укола в область сердца, комка в горле. Появляется беспокойство, боли за грудиной, слабость, головокружение, рвота, судороги, может быть потеря сознания. Пульс становится нитевидным, иногда не поддается подсчету (180—200 и более уд. в мин). Тоны сердца звучные, частые, нередко набухают шейные вены. Приступ заканчивается рвотой и полным изнеможением. Различают суправентрикулярные (наджелудочковые) и желудочковые пароксизмы.

Клиника экстрасистолии может быть бессимптомной (предсердные экстрасистолы), у некоторых детей имеются жалобы на ощущение комка в горле, чувство замирания, после чего появляется сильный толчок в груди, кратковременное головокружение, чувство прилива крови к голове и к глотке (групповые предсердные и желудочковые).

Л е ч е н и е и у х о д. При приступе ПТ необходимо усилить активность блуждающего нерва путем механического давления на область каротидного синуса большим пальцем правой руки по направлению к позвоночнику — сначала справа, потом слева; надавить большими пальцами на внутренний угол глазных яблок; заставить ребенка нтуживаться 10—20 сек при глубоком вдохе и зажатом носе или зажатом рте и сильном напряжении мышц брюшного пресса; прижать ноги ребенка к животу; положить пузырь со льдом на область сердца или обтереть холодной водой; искусственно вызвать рвоту надавливанием на корень языка; заставить глотать твердую пищу или газированную воду. Если приступ не снимается, рекомендуются изоптин 0,25% р-р в/в в 5—15 мл изотонического р-ра в дозе от 0,3 мл для новорожденного до 2 мл детям 14 лет. При отсутствии изоптина 10% р-р. новоканнамида 0,15—0,2 мл на кг массы в/в, но не более 3—5 мл (через 2—3 ч можно повторить), с контролем за АД. Для детей дошкольного возраста

суточная доза новокаинамида не должна превышать 5 мл, для детей старшего возраста — 10 мл. Можно применять новокаинамид внутрь до 14 мг/кг массы тела. При суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии для купирования приступа применяется и строфантин 0,05 р-р—0,1—0,3 мл. Используется также анаприлин (индерал, обзидан)— 1% р-р 0,5 мл, в зависимости от возраста, в/в, медленно, на изотоническом растворе. При желудочковых формах пароксизмальной тахикардии вводится р-р лидокаина по 50—100 мг в/в или по 1—2 мг/кг массы тела.

При экстрасистолии следует успокоить ребенка. Дается внутрь настойка валерианы и пустырника — столько капель, сколько ребенку лет, в 1/2—1/4 стакана воды; препараты калия (10% р-р хлористого калия по 1 чайной, десертной или столовой ложке, в зависимости от возраста), панангин. Детям назначается отвар из корня валерианы, 5, 10 или 20 г на 200 мл воды, по 1 чайной или столовой ложке в зависимости от возраста, 3 раза в день, в течение 2 недель. Излишне эмоциональным детям дают седативные лекарства — триоксазин, элениум, бром и др. Ребенок должен обследоваться в кардиоревматологическом кабинете.

Профилактика. Для профилактики рецидивов ПТ назначается панангин 0,3 г 2—3 раза в день, дифенин 0,0025—0,075 г 2—3 раза в день, кокарбоксилаза 25—100 мг в день, витамины группы В и др. При наличии признаков сердечной недостаточности — сердечные гликозиды. Необходимо избегать контактов с ОРВИ. Для профилактики экстрасистолии проводится санация очагов хронической инфекции, ЛФК, исключение стрессовых ситуаций, лечение заболевания, вызвавшего экстрасистолы.

Диспансеризация. Дети с пароксизмальной тахикардией подлежат диспансерному наблюдению у кардиолога и участкового педиатра. Обязательно лечение основного заболевания. Электрокардиографические исследования делаются 1 раз в квартал (при отсутствии повторных приступов). Периодически назначаются препараты калия. Необходима спокойная обстановка в семье, предотвращение стрессовых ситуаций, правильный режим дня с достаточным отдыхом. При ухудшении состояния — контроль ЭКГ.

ОСТАНОВКА СЕРДЦА. Этиология. Остановка сердца в детском возрасте может наступить при тяжелых формах респираторных инфекций, пневмониях, врожденных пороках сердца и др. заболеваниях.

Клиника. Резко падает артериальное давление, исчезает пульс, проявляются редкие (терминальные) вдохи,

прекращается дыхание. Кожные покровы бледнеют, расширяются зрачки, тоны сердца не прослушиваются.

Лечение и уход. Немедленно начать дыхание «рот в рот» или «рот в нос» и одновременно закрытый (наружный) массаж сердца. Ребенок при этом лежит на спине, на плоской поверхности. Предварительно у него очищают от слизи дыхательные пути. Ладонью, а грудным детям двумя-тремя пальцами кисти надавливают на грудину на границе ее средней и нижней трети — строго перпендикулярно. Глубина давления рукой или пальцами составляет 2—3 см. На один вдох 5 надавливаний. Ритм надавливаний составляет 50—60 в мин. Положительным эффектом считается тогда, когда сердце восстаивает свою деятельность и пульс появляется в течение 2 мин от начала наружного массажа сердца. Зрачки суживаются. Если не удается восстановить сердечную деятельность, внутривенно, а еще лучше внутрисердечно вводится 0,1% р-р атропина 0,1—0,5 мл в зависимости от возраста на 10—20% р-р глюкозы, затем 10% р-р хлористого кальция 1,0—5,0 мл внутрисердечно. В дальнейшем показано внутрисердечное введение 0,05—0,3 мл 0,1% р-ра норадреналина и продолжение массажа. С целью ликвидации ацидоза вводится 1—5—10 мл 4% р-ра гидрокарбоната натрия, гидрокортизон. Ребенок переводится в палату интенсивной терапии или в реанимационное отделение.

Профилактика. Своевременная терапия и ликвидация основного заболевания, которое способствовало появлению остановки сердца.

РЕВМАТИЗМ. **Этиология.** Возникновение, а также рецидивы заболевания связаны с бетагемолитическим стрептококком группы А.

Клиника. Ревматизму предшествуют ангины, фарингиты, отиты, острый ринит, скарлатина и др. острые заболевания, вызванные бетагемолитическим стрептококком группы А. Из общего числа больных ревматизмом до 80% заболевают в детском возрасте. Ревматизм может быть первичным или возвратным. В течение ревматического процесса различают активную и неактивную фазы. В активной фазе ревматизма может иметь место поражение всех слоев сердца (миокард, эндокард, перикард). Симптоматика ревматизма бывает многообразной. Острое начало заболевания характеризуется повышением температуры до 38°C и выше, появлением бледности кожных покровов, одышкой, могут быть боли в области сердца, недомогание, общая слабость. Учащается пульс, расширяется граница сердца, выслушивается мягкий, дующий систолический

шум (в результате поражения миокарда) над областью сердца. Поражение эндокарда характеризуется появлением грубого систолического шума, который слышен и за пределами сердца слева. Вовлечение в воспалительный процесс перикарда приводит к появлению болей в области сердца, резкому расширению границ сердца, глухости тонов, шуму трения перикарда. Кроме поражения самого сердца, в воспалительный процесс вовлекаются суставы (полиартрит), кожные покровы (кольцевая эритема), ЦНС (хорея), ревматические узелки. При ревматическом полиартрите чаще поражаются голеностопные, коленные, локтевые, реже межфаланговые суставы. Суставы опухают, краснеют, становятся горячими на ощупь, движения ограничены, болезненны. Хорея характеризуется поражением сосудов центральной нервной системы, появляется повышенная двигательная активность (гиперкинезы), мышечная слабость, дети становятся неуравновешенными, гримасничают, у них изменяется почерк. Ребенок не в состоянии сидеть, ходить, разговаривать. В активной фазе ревматизма определяется умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. При подостром начале ревматизма клинические симптомы менее выражены. В неактивной фазе ревматического процесса особых клинических изменений в состоянии ребенка не отмечается. Ревматическая атака заканчивается у части детей формированием порока сердца.

Лечение и уход. Острое течение ревматизма требует обеспечения покоя и щадящего психического режима. Строгий постельный режим в острой фазе ревматизма соблюдается в течение 6—10 дней. Кормление, умывание, туалет проводятся с помощью медперсонала. С улучшением состояния детей переводят на постельный, затем полупостельный режим и только при благоприятной клинической динамике на 40—45-й день пребывания в стационаре назначается свободный лечебно-двигательный режим. В острый период показано полноценное питание согласно возрастным нормам, с ограничением поваренной соли (до 3—5 г в сутки) и жидкости (не более 800—1000 мл с учетом приема жидких блюд и фруктов). Детям с хореей следует избегать шума, хлопанья дверей, громких разговоров. Необходимо ласковое отношение медперсонала. Сон удлиняется. Больным с ревматизмом назначают противовоспалительные средства: ацетилсалициловая кислота из расчета 0,15—0,2 г на год жизни ребенка, но не более 2,0 г в сутки, в 3—4 приема в день; амидопирин и анальгин из-

г в сутки, вольтарен (1—3 мг/кг массы в сутки). Полная доза этих препаратов назначается на 2 недели. Затем снижается до $\frac{2}{3}$ суточной дозы на протяжении 4—6 недель. После выписки из стационара в течение месяца дети продолжают получать $\frac{1}{3}$ дозы одного из вышеуказанных средств. Глюкокортикостероиды назначаются только в стационаре из расчета 0,7—1,0 мг на кг массы с постепенным снижением дозы и полной отменой на протяжении 30—45 дней. При активном ревматическом процессе целесообразно применение пенициллина (в дошкольном возрасте по 750 000 ед. в сутки, в школьном возрасте 1200—1500 тыс. ед. в сутки), длительность курса 2—3 недели, затем лечение продолжается бициллином-5 1 раз в 3—4 недели. При хорея наряду с противоревматическими средствами назначаются седативные — фенобарбитал, триоксазин, седуксен, настойка валерианы, 1% раствор бромида натрия в возрастных дозах и др. При снижении активности процесса в стационаре проводится санация хронической инфекции.

Профилактика. Профилактика ревматизма разделяется на первичную и вторичную. Первичная профилактика включает в себя меры, направленные на повышение защитных сил организма и решение вопросов общего санитарно-гигиенического характера, способствующих уменьшению стрептококкового окружения и снижению опасности возникновения стрептококковых заболеваний. Медицинская участковая сестра должна проводить активную пропаганду о необходимости соблюдения правил личной гигиены, постоянной влажной уборки помещений, проведения односменных занятий в школе и т. д.

При возникновении острых стрептококковых заболеваний применяются антибиотики в течение 10 дней: пенициллин по 25—30—50 тыс. ед. на кг массы тела; антибиотики пенициллинового ряда (оксациллин, диклоксациллин и др.) в дошкольном возрасте 1,5—2,0 г, в школьном—2,0—2,5 г в сутки; феноксиметилпенициллин в дошкольном возрасте 400—500 тыс. ед., в школьном—600—1200 тыс. ед. в сутки в 4—6 приемов за 30 мин до еды. Реже рекомендуются эритромицин или олеандомицин (20—50 мг/кг). В течение 2 недель вводятся препараты салицилловой кислоты—7 дней полная доза, в остальные дни $\frac{1}{2}$ дозы. Чрезвычайно важно диагностировать вспышки стрептококковых инфекций и проводить бициллинопрофилактику после лечения ангин, острых фарингитов, отитов. Бициллин-5 назначается однократно в дозе 750 тыс. ед. в дошкольном возрасте и 1500 тыс. ед. в школьном возрасте. Сезонная

медикаментозная профилактика при хронических инфекциях не проводится.

Вторичная профилактика проводится после перенесенного ревматизма с целью предупреждения возможных рецидивов. Бициллинопрофилактика проводится ежемесячно круглогодично. Медицинская сестра должна помнить, что нерегулярная бициллинопрофилактика резко увеличивает число рецидивов. Применение бициллина не показано при индивидуальной непереносимости. Доза бициллина-5 в дошкольном возрасте 750 тыс. ед., в школьном возрасте 1500 тыс. ед однократно ежемесячно.

Диспансеризация. При отсутствии порока сердца (после атаки) бициллинопрофилактика проводится в течение 3 лет ежемесячно, при возвратном ревмокардите — в течение 5 лет. Применение ацетилсалициловой кислоты и других противовоспалительных средств с профилактической целью не имеет научного объяснения, поэтому сезонное применение этих средств не рекомендуется.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ОСТРАЯ). Этиология. У детей раннего и младшего возраста возникает в результате тяжелых врожденных пороков сердца, инфекционных заболеваний (пневмония, кишечные инфекции, менингит, ОРВИ и др.), у детей старшего возраста — при ревматизме, неревматических заболеваниях сердца, бронхиальной астме, аритмии и др. Различают право-, левожелудочковую и тотальную ОСН.

Клиника: появляются тахикардия, одышка вначале при нагрузке, затем в покое, цианоз, акроцианоз (синюшность концевых фаланг пальцев), глухость сердечных тонов. При правожелудочковой или тотальной ОСН увеличивается печень, реже селезенка, при левожелудочковой — развивается отек легких, в результате которого нарастает одышка, появляется кашель с пенистой мокротой, иногда с примесью крови. В легких выслушивается большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов.

Лечение и уход. Положение ребенка в постели сидячее или полусидячее. Необходим широкий доступ свежего воздуха (открываются двери и окна), устанавливается подача кислорода. Назначаются сердечные гликозиды: 0,01—0,25 мл 0,06% р-ра коргликона в/в на 5—10% р-ре глюкозы или изотоническом р-ре хлористого натрия, медленно (для грудных детей); или 0,05% р-р строфантина в разовой дозе 0,05—0,2 мл; или дигоксин в/в или в/м 0,15 до 0,7 мл (разовая доза для детей грудного возраста). Вводят в/в 2,4% р-р эуфиллина на глюкозе или изотоническом р-ре в дозе 0,2—1,0 мл (детям грудного возраста).

медленно. При отеке легких необходимо: освободить дыхательные пути от пены путем отсасывания грушей или катетером, ингаляция кислорода, пропущенного через спирт, в течение 20—30 мин, затем увлажненный кислород. Накладывают жгуты на нижние конечности на 30—40 мин с целью уменьшения застоя в легких. Вводят мочегонные (лазикс от 1 до 5 мг на кг массы тела, в/м или в/в,) глюконат кальция, витамины С, Р в возрастных дозировках. Кортикостероиды (преднизолон по 1—2 мг/кг массы тела). Госпитализация ребенка в стационар для лечения основного заболевания.

Профилактика. Для предупреждения развития ОСН необходимо проводить своевременную и правильную терапию основного заболевания, вызвавшего развитие острой сердечной недостаточности.

Диспансеризация. Правильное ведение ребенка после выписки из стационара по поводу основного заболевания.

СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. Обморок. Этиология. К обмороку могут привести только что перенесенные острые инфекционные заболевания, ослабление организма в результате недоедания, укол иглой шприца, вид крови, экстракция зуба и др.

Клиника. Обморок — легкая форма острой сосудистой недостаточности с кратковременной потерей сознания в результате анемии мозга. У ребенка появляется потемнение или мелькание в глазах, головокружение, тошнота, тяжесть, онемение рук и ног, резкое побледнение кожи, глаза закатываются, зрачки суживаются, не реагируют на свет, ребенок теряет сознание, падает. Дыхание поверхностное, замедленное, пульс редкий, малый, нитевидный, отмечается похолодание конечностей, холодный пот. АД низкое. Обморок продолжается до 2—3 мин, затем ребенок приходит в сознание, возвращается нормальный цвет лица.

Лечение и уход. Больному расстегивают одежду для обеспечения свободного доступа воздуха, в помещении открывают окна. Ребенка укладывают в горизонтальное положение с приподнятыми ногами, опрыскивают лицо, грудь прохладной водой, громко окликают его по имени, дают понюхать нашатырный спирт, энергично растирают тело, согревают грелками. В случае отсутствия эффекта от проводимых мероприятий п/к вводят 10% р-р кофеина (0,1—0,5 мл), кордиамина 0,2—0,5 мл, 5% р-р эфедрина в возрастных дозировках.

Коллапс (артериальная гипотензия). Этиология.

Коллапс наступает внезапно при различных заболеваниях: гриппе, токсикоинфекциях, пневмониях, ОРВИ и др.

Клиника. Коллапсу предшествует падение температуры, появление резкой бледности. Сознание затемняется, при сохранении сознания ребенок неохотно отвечает на вопросы. Выраженная слабость, черты лица заострены, холодный липкий пот, конечности холодные, синюшные, глаза запавшие, зрачки расширены. Дыхание частое, поверхностное, пульс частый, мягкий, слабого наполнения и напряжения, сердечные тоны глухие, артериальное давление снижено.

Лечение и уход. Ребенка следует положить в горизонтальное положение с опущенной вниз головой, согреть грелками, тепло укутать, сделать массаж, растереть спиртом, водкой, дать горячий чай. Если сознание затемнено, необходимо вдыхание нашатырного спирта. При нерезко выраженном снижении АД вводят дроперидол 0,25% р-р 0,1—0,4 мл, 2,5 р-р пипольфена 0,1—0,3 мл; не рекомендуется введение кордиамина, сульфокамфокаина, кофеина и др. Если АД снижено резко, вводится 0,1% р-р норадреналина или адреналина (0,1—0,5 мл в зависимости от возраста) п/к или в/в, а через 30 мин — 5% р-р эфедрина в/м 0,1—0,5 мл. Можно вводить 5% р-р кофеина — 0,2—0,5 мл, кордиамина 0,2—0,5 мл. При урежении пульса необходимо введение 0,1% р-р атропина 0,05—0,5 мл.

Профилактика. Профилактика острой сосудистой недостаточности заключается в своевременном предупреждении и лечении инфекционно-аллергических и др. заболеваний, которые могут осложняться острой сосудистой недостаточностью.

Диспансеризация. Дети, перенесшие острую сосудистую недостаточность, подлежат диспансеризации по основному заболеванию.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ГАСТРИТ ОСТРЫЙ. Этиология — причиной возникновения являются грубые нарушения диеты, воздействие на слизистую оболочку химических веществ, токсинов при других заболеваниях, термических факторов (холодная, горячая пища), инфицированная пища.

Клиника. Начало острое. Появляются недомогание, слабость, повышение температуры до 38—39°, тошнота, рвота съеденной пищей приступообразная боль в животе, изменение характера стула. Пальпация живота сопровождается болезненностью в эпигастрии, урчанием петель кишечника. При тяжелой форме токсикоинфекционного гастрита появляются симптомы раздражения ЦНС.

Лечение и уход. Больному придается сидячее или полусидячее положение, обеспечивается покой, производится сбор рвотных масс для анализа и показа врачу. Промывание желудка через зонд 1% раствором бикарбоната натрия, изотоническим раствором хлорида натрия (0,9%) или теплой водой до полного очищения от остатков пищи, т. е. до чистой воды. При невозможности промывания зондом детям старшего возраста можно дать выпить несколько стаканов раствора с последующим искусственным вызыванием рвоты. Размер зонда подбирают в зависимости от возраста детей, длина его определяется, считая от линии зубов. Показано тепло на живот, при симптомах интоксикации — внутривенное введение солевых растворов или плазмозаменителей по назначению врача, при явлениях нейротоксикоза — нейролептики: аминазин, пипольфен, ГОМК, дроперидол и др. (см. Судорожные состояния). При нарушении сердечной деятельности — сердечные гликозиды (строфантин, коргликон), при необходимости — лечение инфекционного заболевания. Обильное питье в 1-е сутки, без пищи, щадящее питание в последующие 8—10 суток с исключением возможных пищевых аллергенов.

Профилактика. Заключается в соблюдении правильного режима питания, технологии приготовления пищи и температуры блюд: 75°C для первого блюда, 65°C — для второго, 7—14°C для напитков, а также в исключении

самоочистки и употреблении продуктов химически и бактериологически чистых.

Диспансеризация проводится согласно указаниям СЭС — в зависимости от этиологии либо по плану, намеченному участковым врачом.

ГАСТРИТ ХРОНИЧЕСКИЙ. **Этиология.** Развивается преимущественно у детей школьного возраста по разным причинам: еда всухомятку, плохое пережевывание пищи, нарушение режима питания, длительный прием лекарств, способствующих раздражению слизистой желудка (салицилаты, антибиотики, сульфаниламиды, сердечные гликозиды), повторение острого гастрита, дисфункция нервной и эндокринной систем, нарушение обмена веществ (ожирение, сахарный диабет, дефицит железа), заболевания печени (острый гепатит) и другие (туберкулез, ОРВИ, ревматизм, хроническая пневмония и др.) Как правило, у детей встречаются гастриты с повышенной секреторной функцией, реже — с сохраненной и сниженной секреторной функцией.

Клиника. Клиническая картина зависит от степени морфологических изменений слизистой оболочки желудка. Основным симптомом ХГ — боль в животе. При ХГ с повышенной или нормальной секрецией боль появляется или усиливается спустя 1—2 часа после приема грубой пищи, носит приступообразный характер. Наблюдается отрыжка пищей и кислым, изжога, склонность к запору, признаки общей интоксикации (утомляемость, головная боль, раздражительность), обложенность языка. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастрии по средней линии живота.

При ХГ с пониженной секрецией боли возникают сразу после еды, носят характер тупых, не зависят от характера пищи, сопровождаются отрыжкой воздухом с неприятным запахом изо рта, тошнотой, рвотой, снижением аппетита. Дети жалуются на чувство тяжести в животе, метеоризм, поносы. Признаки общей интоксикации отчетливы (утомляемость, головная боль), язык обложен белым или желтоватым налетом. Дети охотно едят кислую или соленую пищу, отказываются от молочных продуктов. Диагностика основана на распознавании клинических симптомов, в некоторых случаях проводится фракционное исследование желудочного сока.

Лечение и уход. Наладить режим питания (5—6-разовое, небольшими порциями) с исключением из рациона острой пищи, пряных приправ, соусов, консервов. даются жидкие молочные каши, мясные и рыбные котлеты

ты, белые сухари, фруктовое пюре. При гастритах с повышенной секреторной функцией применяют антацидные препараты (щелочные минеральные воды, викалин, альмагель, гастрофарм, ликвиритон и др.). При ХГ с пониженной секреторной функцией проводится заместительная терапия (натуральный желудочный сок по 1 десертной или столовой ложке 2—3 раза в день во время еды; абомин по 1/2—1 таблетке 3 раза в день перед едой, ацидин-пепсин по 1/2—1 таблетке 2—3 раза в день во время еды, бетацид по 1/2—1 таблетке 2—3 раза в день, пелсидил по 1 десертной ложке 2—3 раза в день, плантаглоцид по 1/2—1 чайной ложке в 1/4 стакана воды 3 раза в день за 30 мин до еды; панкреатин 0,25—0,5 г 3 раза в день, фестал 1/2—1 таблетка 3 раза в день во время еды и др.). При упорных болях назначают холинолитики (платифиллин гидротартрат, кватерон, метацин), спазмолитики (но-шпа, галидор). Седативная терапия (настойка или экстракт валерианы в возрастной дозе 3 раза в день, триоксазин, элениум и др.) При необходимости — десенсибилизирующая терапия (димедрол, супрастин, диазолин, тавегил).

Витаминотерапия (вит В₁, В₆, С, U) проводится независимо от характера секреции. Уход за больным, страдающим хроническим гастритом, сводится к контролю за соблюдением режима дня, созданию благоприятного микроклимата, организации правильного питания.

Профилактика заключается в проведении мероприятий по предупреждению заболевания и его рецидивов. Это предусматривает правильное чередование умственных и физических нагрузок, равномерность эмоций, рациональное и сбалансированное питание, исключение термических, физических раздражителей слизистой, пищевых аллергенов. В период между обострениями необходимо длительно (6—12 мес) соблюдать диету и проводить противорецидивное лечение, санацию очагов инфекции и лечение сопутствующих заболеваний.

Диспансеризация проводится в группе риска по язвенной болезни с проведением 2 раза в год профилактического лечения — диета № 1 при повышенной или сохраненной секреторной функции, № 2 — при пониженной секреторной функции, витамины В₁, В₆, С, U внутрь или внутримышечно, антацидные средства или заместительная терапия в зависимости от характера секреции (см. Язв. болезнь), физиопроцедуры и минеральные воды, фитотерапия, также в зависимости от типа секреции. Минеральные воды назначаются после курса противорецидивной терапии или в промежутках между профилактическим лечением.

ем. При пониженной кислотообразующей функции желудка используются: Эссендуки-17, Славяновская, Арзни, Друскининкай в теплом виде 2—3 раза в день за 15—20 мин до еды в течение 3—4 недель. При высокой кислотности показано: Эссендуки-4, Боржоми, Бируте через час после еды. Санаторно-курортное лечение показано в период стойкой ремиссии в местном санатории или в пионерском лагере санаторного типа, на курортах Трускавец, Моршин, Миргород, Друскининкай, Эссендуки и др. При наличии стойкой ремиссии в течение 3-х лет дети снимаются с диспансерного учета.

ГАСТРОДУОДЕНИТ (ГД). Этиология — см. Гастрит, Язвенная болезнь.

Клиника первичного гастродуоденита напоминает язвенную болезнь, однако редко бывают ночные боли, менее характерна сезонность обострения. Клиника вторичного гастродуоденита зависит от формы. При гастритоподобной форме: боли в животе появляются или усиливаются после каждого приема пищи, отмечаются тошнота, рвота, отрыжка пищей и воздухом, обложенность языка, болезненность пальпации в эпигастральной области или около пупка. Холецистоподобная форма сопровождается болями в правом подреберье, не связанными с приемом пищи, чувством тяжести и распираия в области правого подреберья, тошнотой, симптомами общей интоксикации (рвота, головные боли, слабость, тошнота), болезненностью при пальпации в правом подреберье и в пилородуоденальной зоне. При панкреатоподобной форме — симптомы панкреатита: стойкие, приступообразные боли в эпигастрии и левом подреберье опоясывающего характера.

Лечение и уход зависят от формы заболевания. При первичном ГД лечение как при язвенной болезни (см), при вторичном ГД проводится лечение гастрита (см), холецистита (см), панкреатита (см).

Профилактика (см. Хр. гастрит).

Диспансеризация. Наблюдение больного — не менее 3-х лет с проведением противорецидивного лечения 2 раза в год. Санаторно-курортное лечение показано в период стойкой ремиссии не менее чем через 3 мес после выписки из стационара (см. Язв. болезнь).

Весьма опасны безжелтушные формы острого гепатита, которые у детей раннего возраста встречаются в 30—40% случаев. Значительно реже ХГ возникает в результате токсикоаллергического (отравление солями тяжелых металлов, хлорорганическими соединениями и т. д.) и лекарственного (сульфаниламиды, барбитураты, левомицетин, тетрациклин, эритромицин и др. антибиотики; салициловая кислота, аминазин, цитостатики, ПАСК, индометацин, анаболические гормоны, гипотензивные препараты и др.) повреждения. В некоторых случаях ХГ является генетически детерминированным (особенности обмена веществ в семье, гликогенозы, галактоземия и др.).

ХГ поддерживается рядом заболеваний: аномалией развития сосудов портально-селезеночной системы и желчевыводящих путей, дисбактериозом, гемохроматозом, длительным сохранением вируса в организме HBs Ag в крови).

К л и н и к а. Различают 3 формы ХГ: активный (ХАГ), персистирующий (ХПГ) и холестатический.

ХПГ протекает относительно доброкачественно. Дети периодически жалуются на чувство тяжести в эпигастральной области, иногда беспокоят боли в животе, неустойчивый стул, снижение аппетита. Отмечается повышенная утомляемость, плохой сон. Нередко эти симптомы отсутствуют, ребенок ни на что не жалуется, а единственным и основным симптомом болезни является увеличение печени на 2—3 см (за счет правой доли). Консистенция печени умеренно плотная, поверхность гладкая, безболезненная. Селезенка обычно не увеличивается или увеличивается незначительно (на 1—2 см) и кратковременно.

ХАГ — характеризуется наличием у ребенка выраженного астено-вегетативного синдрома. Дети становятся агрессивными и даже злобными, быстро устают, жалуются на головные боли, головокружения, плохой сон. Снижается аппетит, беспокоят тошнота, изредка рвота. Появляется небольшая желтушность склер и кожи, часто — геморрагическая коре- или скарлатиноподобная сыпь, сосудистые звездочки на коже, оранжевая окраска ладоней. Особенно тяжело протекает ХАГ в пубертатном периоде, когда в процесс вовлекается не только печень, но и сердце (миокардиодистрофия), почки (хронический гломерулонефрит), эндокринные железы (оволосение, полосы растяжения на животе и бедрах и др.), кишечник (неспецифический язвенный колит) и т. д. ХАГ в этих случаях напоминает системную красную волчанку («люпоидный гепатит»).

Основной симптом ХАГ — гепатомегалия. Печень увеличивается до 4—7 см и больше, чаще левая доля, заполняющая всю эпигастральную область, край ее заострен, поверхность со временем становится бугристой, умеренно болезненной. У большинства детей увеличивается селезенка (на 2—4 см). ХАГ может быть в активной фазе (активность 1, 2, 3 степени) и неактивной.

Холестатический гепатит у детей бывает редко, обусловлен длительным застоем желчи вследствие закупорки желчных протоков (опухоль, аскариды, камни). Наиболее ранний признак — кожный зуд, позже появляется желтуха. Печень увеличивается умеренно (на 3—4 см), иногда нерезко увеличивается селезенка.

Диагностика ХГ (лабораторная): 1. Определение в крови HBs Ag. 2. Исследование общего белка (выше нормы) и белковых фракций крови; билирубина, β -липопротеидов и холестерина (нарастают); тимоловой (N 4 ед) и сулемовой проб (N 1, 8), снижение протромбинового индекса ($<80-70\%$). 3. Определение ферментов (АЛТ и АСТ): минимальная степень активности — АЛТ до 1,2 ммоль/л, тимоловая проба 6—10 ед., γ -глобулин 17—20%. Умеренная степень активности — АЛТ до 2,4 ммоль/л, тимоловая проба 11—19 ед., γ -глобулин—21—27%. Высокая степень активности имеет место при показателях выше указанных. 4. Общий анализ крови: при ХАГ ускоряется СОЭ, нарастает эозинофилия и уменьшается количество лимфоцитов. При прогрессировании процесса развивается симптом гиперспленизма: анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Диагноз становится окончательным после ультразвукового исследования печени, сканирования и биопсии печени.

Лечение и уход. Диета с запрещением острых, жирных, соленых, пряных, жареных блюд, мясных бульонов (допустимы только при ремиссии, 1—2 раза в неделю, давать лишь второй бульон), грибов, консервов, копченостей (стол № 5). Обязательны липотропные продукты: говядина, гречневая и овсяная каши, творог. При отсутствии печеночной недостаточности разрешается 1 яйцо в день (всмятку). Необходимы мед, медовое питье с лимоном, овощи, фрукты. Витаминотерапия в виде натуральных соков и витаминов А, группы В, Е, РР, С, которые при персистирующем гепатите дают внутрь, а при ХАГ — внутрь и парентерально. ПГ не требует интенсивной медикаментозной терапии и может регрессировать при правильной диете и режиме дня. При ПГ целесообразна дача минеральных вод с учетом секреции желудка (см. Гастриты), желчегонных препаратов и трав (10 дней каждого месяца):

аллохол, 5% р-р $MgSO_4$, ЛИВ-52, фламин, билигнин, холестерамин, берберин, отвары шиповника, рябины, кукурузных рылец, крапивы, мяты (1 ст. л. измельченного сухого вещества на стакан кипятка; кипятить 1—2 мин на медленном огне, настоять 1 час); хорошее действие оказывает отвар овса (200 г зерен на 600 г воды, кипятить 40 мин). Иногда при персистирующем гепатите проводят 1—2 курса лечения эссенциале — по 1—2 капсуле 3 раза в день; легалоном, или корсилом, — по 1—2 табл. 3 раза в день. Показано санаторно-курортное лечение: Трускавец, Моршин, Железноводск, Эссентуки, местные гастроэнтерологические санатории.

Лечение ХАГ — задача трудная. Помимо строгой диеты и желчегонных препаратов (с учетом типа дискинезии — см. Холепатии), обязательно проведение 2—3 курсов лечения в году (по 3 месяца) эссенциале (внутри и в/в), легалоном (корсилом) или катергеном. Обязательно назначение препаратов, препятствующих жировому перерождению печени: липамид или липоевая кислота (1/2—1 табл. 2—3 раза в день); имеет смысл периодическое назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию (курантил, трентал, компламин или теоникол, или витамин РР) и кровоток через печень (эуфиллин, папаверин, белладона) внутри или в/м, в/в.

При неэффективности указанных мероприятий и отсутствии HbS Ag в крови врач назначает преднизолон. Сестра должна четко выполнять назначения, чтобы, по возможности, уменьшить побочное действие преднизолона, следить за прибавкой веса, АД, сахаром крови; дополнительно давать продукты, содержащие калий (чернослив, курага, тыква и др.), проверять кал на наличие скрытой крови. Максимальная доза преднизолона 1,5—3 мг/кг, через 6—8 недель она начинает постепенно снижаться, доходит до подерживающей (5—15 мг в сутки), которую ребенок получает 1—2 года и дольше. Иногда лечение преднизолоном сочетают с назначением делагила, обладающего иммуносупрессивным действием (следить за состоянием глазного дна, так как возможно снижение зрения, вплоть до слепоты). При особо злокачественном процессе и постоянно высокой активности биохимических показателей крови к лечению присоединяются цитостатики. Физиотерапия при ХАГ противопоказана.

Профилактика. Избегать контакта с больными вирусным гепатитом. Своевременная госпитализация, полноценное лечение, правильное питание, соблюдение режима

Диагностика — рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта.

Лечение и уход. Упорядочить режим кормящей матери, обеспечить ей правильное питание, исключить возможные аллергены, ликвидировать стрессы. Медсестра должна разъяснить матери, как кормить ребенка, чтобы предупредить заглатывание воздуха: соска должна быть полностью заполнена смесями, для чего бутылочку необходимо держать в наклонном положении. А если ребенок все же проглотил воздух, то на несколько секунд прерывают кормление и придают ребенку вертикальное положение — для отрыгивания воздушного пузыря, а затем продолжают кормление. При продолжающихся рвотах ребенка надо перевести на дробное кормление каждые 2 часа, прикладывая к груди на 7—8 мин или лучше давать молоко с ложечки. Иногда рекомендуется перед началом кормления дать более густую пищу: 5% или 10% манную кашу — по 1 чайной ложке.

Имеет смысл периодический прием матерью и ребенком настойки валерианы, седуксена, элениума. Показано проведение курса лечения витаминами В₁ и В₆ в/м. Назначают 0,1% р-р атропина по 2—3 кап. 3 раза в день, амиазина внутрь по 0,002 три раза в сутки или 2,5% р-р 0,1—0,15 мл с 0,5% р-ром новокаина (1—2 мл) в/м; 0,5% р-р новокаина 1 чайная ложка 4—5 раз в день внутрь; в тяжелых случаях — пипольфен по 0,1—0,2 мл в/м 2—3 раза в день в течение 5—7 дней, но-шпа, церукал и др. спазмолитики (согласно назначениям врача). Обязательно проводить контрольные взвешивания (для исключения перекорма).

Медсестре следует предупредить мать о недопустимости насильственного кормления.

Профилактика. Исключить факторы, способствующие возникновению пилороспазма.

Диспансеризация. Очень большое значение имеет разъяснительно-воспитательная работа с матерью в отношении правильного питания, достаточного пребывания на свежем воздухе, устранения облигатных аллергенов, исключения контактов с инфекционными больными, лечение перинатальной энцефалопатии и т. д.

ПИЛОРОСТЕНОЗ. Врожденное заболевание, характеризующееся стенозом привратниковой части, обусловленным гипотрофией циркулярных мышц этого отдела с постепенным прогрессированием синдрома непроходимости.

Этиология. Неизвестна.

Клиника. Заболевание появляется к концу 2-й или началу 3-й недели жизни. Основной симптом — рвота «фон-

Диагностика — рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта.

Лечение и уход. Упорядочить режим кормящей матери, обеспечить ей правильное питание, исключить возможные аллергены, ликвидировать стрессы. Медсестра должна разъяснить матери, как кормить ребенка, чтобы предупредить заглатывание воздуха: соска должна быть полностью заполнена смесями, для чего бутылочку необходимо держать в наклонном положении. А если ребенок все же заглотнул воздух, то на несколько секунд прерывают кормление и придают ребенку вертикальное положение — для отрыгивания воздушного пузыря, а затем продолжают кормление. При продолжающихся рвотах ребенка надо перевести на дробное кормление каждые 2 часа, прикладывая к груди на 7—8 мин или лучше давать молоко с ложечки. Иногда рекомендуется перед началом кормления дать более густую пищу: 5% или 10% манную кашу — по 1 чайной ложке.

Имеет смысл периодический прием матерью и ребенком настойки валерианы, седуксена, элениума. Показано проведение курса лечения витаминами В₁ и В₆ в/м. Назначают 0,1% р-р атропина по 2—3 кап. 3 раза в день, аминазина внутрь по 0,002 три раза в сутки или 2,5% р-р 0,1—0,15 мл с 0,5% р-ром новокаина (1—2 мл) в/м; 0,5% р-р новокаина 1 чайная ложка 4—5 раз в день внутрь; в тяжелых случаях — пипольфен по 0,1—0,2 мл в/м 2—3 раза в день в течение 5—7 дней, но-шпа, церукал и др. спазмолитики (согласно назначениям врача). Обязательно проводить контрольные взвешивания (для исключения перекорма).

Медсестре следует предупредить мать о недопустимости насильственного кормления.

Профилактика. Исключить факторы, способствующие возникновению пилороспазма.

Диспансеризация. Очень большое значение имеет разъяснительно-воспитательная работа с матерью в отношении правильного питания, достаточного пребывания на свежем воздухе, устранения облигатных аллергенов, исключения контактов с инфекционными больными, лечение перинатальной энцефалопатии и т. д.

ПИЛОРОСТЕНОЗ. Врожденное заболевание, характеризующееся стенозом привратниковой части, обусловленным гипотрофией циркулярных мышц этого отдела с постепенным прогрессированием синдрома непроходимости.

Этиология. Неизвестна.

Клиника. Заболевание появляется к концу 2-й или началу 3-й недели жизни. Основной симптом — рвота «фон-

таном», возникающая несколько раз в день. Обычно объем рвотных масс превосходит количество молока, высосанного при кормлении (до рвоты). Мочейспускания редкие, запоры. При поздней диагностике масса тела ребенка меньше, чем при рождении. Организм обезвожен, кожные покровы сухие, родничок западает, черты лица заострены, тургор тканей дряблый, подкожно-жировой слой истончен, иногда сохраняется лишь на щеках. При осмотре живота через 5—10 мин после кормления в верхнем его отделе иногда обнаруживаются перистальтические волны в форме «песочных часов». В диагностике важное значение имеет своевременное рентгенологическое обследование. Лечение только хирургическое, причем особенно успешна операция, проведенная рано. Уход тот же, что при пилороспазме.

Д и с п а н с е р и з а ц и я. Послеоперационное наблюдение детского хирурга; медсестра должна следить за тем, чтобы мама четко выполняла рекомендации врача в плане профилактики спаечной болезни: правильное питание, регулярное опорожнение кишечника (недопустимость запоров); периодические курсы физиотерапии (парафиновые и озокеритовые аппликации) и т. д.

ЗАПОРЫ. Запор (З) — это задержка кала в кишечнике на срок свыше 24 часов при правильном, рациональном питании. Различают органические запоры и функциональные.

Э т и о л о г и я органических запоров — пороки развития толстого кишечника и прямой кишки: расширение всей кишки или отдельных ее участков (болезнь Гиршпрунга, мегаколон), сужение кишки^д вплоть до полной облитерации просвета, удлинение или удвоение кишечника.

К л и н и к а болезни Гиршпрунга зависит от величины и степени поражения. Самым ранним и основным признаком ее является хронический запор, который сопровождается вздутием живота, приступообразными болями, ранним присоединением дисбактериоза, возможным развитием язв кишечника. Живот значительно увеличивается в объеме, изменяется его конфигурация («лягушачий» живот), брюшная стенка истончается, перистальтика кишечника становится видной на глаз, пальпаторно определяется кишечник, переполненный газами, фекалиями, каловыми камнями. Резкий метеоризм ведет к смещению диафрагмы, сердца, легких со вторичным нарушением дыхания и кровообращения. Длительный застой кала приводит к развитию хронической каловой интоксикации (анорексия, синдром мальабсорбции, анемия, потеря в весе и т. д.).

Показано хирургическое лечение, которое оптимально в

возрасте 1—3 лет (А. И. Ленюшкин, 1976). До операции рекомендуют консервативное лечение — очистительные, гипертонические, сифонные клизмы, ЛФК, массаж, ферменты, вазелиновое масло, общеукрепляющее лечение, диета.

Иногда требуется консультация хирурга для исключения «острого живота». Осложнения запоров: дисбактериоз, анальные трещины, проктосигмоидит, парапроктит, копробез, кишечная непроходимость, геморрой и др. Медсестра должна ориентировать родителей на исключительную важность рационального питания.

Лечение и уход. Важное место занимает диета. Ребенок должен получать сырые фрукты и овощи. Ежедневно — салаты, винегреты, свежую свеклу, кабачки, редис, капусту, морковь, зеленый горошек. Рекомендуются рассыпчатые каши: овсяная, гречневая, пшенная, перловая, кукурузная. Моторику кишечника нормализуют яйца и блюда из них. Целесообразно давать пищу разной температуры, показан прием прохладной воды, кефира однодневного, кваса натошак.

Нельзя ограничивать жиры — они усиливают перистальтику кишечника. Имеет смысл назначение слабо- или среднеминерализованной воды: Эссентуки № 4, Славяновская, Смирновская и др. (в холодном виде, за 20 мин до еды 3 раза в день в течение месяца), ферментных препаратов (панзинорм, фестал), физиотерапии (хвойные и жемчужные ванны, аппликации грязи, парафин, компрессы, электрофорез с новокаином, папаверином, индуктотермия, контрастные, циркулярные, кишечные души), массажа живота, лечебной физкультуры (укрепляет мышцы живота), плаванья.

Частое употребление медикаментозных слабительных и растительных средств (корень ревеня, кора крушины, лист сенны, пурген и др.) не рекомендуется, т. к. при длительном применении они раздражают слизистую кишечника. Продолжительный прием масляных слабительных (подсолнечное, оливковое, касторовое масло) также нежелателен, т. к. они нарушают всасывание в тонком кишечнике. Серноокислый магний, «барбара» и карловарская соль могут вызвать воспаление кишечника. К большинству слабительных средств быстро развивается привыкание. Изредка можно использовать семена льна, морскую капусту, агар-агар.

Особенно нежелательно применение слабительных при спастических запорах. Лечение спастического колита имеет свои особенности: обязательна седативная терапия, нормализация тонуса ЦНС, тепло на живот, теплые ванны, спазмолитики (но-шпа, галидор, папаверин), экстракт кра-

савки в срезах в возрастной дозе 1 раз в день после дефекации, беллатаминал 3 раза в день. Не рекомендуются при спастических запорах бобовые, пресное молоко, холодные газированные напитки, тонизирующий массаж.

Желательно выработать рефлекс на дефекацию: утром принять слабительное (карловарскую соль — 1/2 — 1 чайную ложку и запить минеральной водой «Миргородской» или другой), через 30 мин ввести в задний проход глицериновую свечу. После выработки рефлекса слабительное отменяют, но оставляют прием минеральной воды.

Лечение запоров должно проводиться систематически и регулярно.

Профилактика — устранение основного заболевания (см. Этиология), активный двигательный режим, рациональное питание.

Диспансеризация. Большое значение имеет санитарно-просветительная работа, осуществляемая медсестрой участка. Медсестра следит за диетой, дает советы по режиму дня, выполняет назначение врача по санации хронических очагов инфекции, дегельминтизации и лечению лямблиоза, фитотерапии. Своевременно выявляет начальные проявления обострения, обеспечивает регулярный осмотр больного ЛОР-врачом, стоматологом, невропатологом и, при необходимости, аллергологом.

Медсестра участка контролирует правильность проведения курса противорецидивного лечения, назначаемого врачом 2 раза в год в течение 1 месяца.

КИШЕЧНЫЙ ТОКСИКОЗ С ЭКСИКОЗОМ (КТ)

Этиология. КТ сопровождается желудочно-кишечными заболеваниями у детей раннего возраста, вызванные энтеропатогенными эшерихиями, сальмонеллами, стафилококками, энтеровирусами, шигеллами и др. возбудителями; развивается у детей при тяжелых формах пиелонефрита, пищевой аллергии и др. патологических состояниях. Особенно часто кишечный токсикоз возникает у недоношенных детей, у детей с анемией, рахитом, гипотрофией, на фоне врожденного или приобретенного иммунодефицита и перинатальной энцефалопатии.

Клиника. Зависит от вида обезвоживания (дегидратации), хотя нельзя считать типы дегидратации «вариантами, с которыми заболевание протекает от начала до конца» (Ш. И. Водкайло, 1984). В процессе болезни один вид обезвоживания может сменяться другим, что особенно важно учитывать при назначении лечения. Различают водodefицитное обезвоживание, когда у ребенка появляется водянистый непереваренный учащенный стул, рвота с вяз-

кой слизию, температура повышается до 38° — 39° ; малыша беспокоит сильная жажда, он пьет любую жидкость — и сладкую, и соленую. Более или менее выражены признаки обезвоженности (зависит от степени эксикоза).

Соледефицитное обезвоживание характеризуется многократной рвотой, обильной и водянистой; стул при этом виде обезвоживания частый, водянистый, объемистый, иногда без каловых масс; живот вздут, большой безучастен, вял, сонлив, к воде испытывает отвращение.

Изотоническое обезвоживание развивается у детей с кишечным токсикозом при равномерной потере организмом солей и воды и чаще проявляется симптомами эксикоза I степени. Для эксикоза I степени характерно: беспокойство, жажда, сухость слизистых рта и губ, небольшая тахикардия. Эксикоз II степени — ребенок теряет до 10% массы тела, очень возбужден, иногда, наоборот, вял, резко выражена сухость кожи. При эксикозе III степени потеря веса более 10%.

Лечение и уход. Медсестра должна своевременно заметить первые признаки нарастающего токсикоза. Учитывая быстроту развития заболевания и опасность его для жизни, важно знать основные мероприятия догоспитального этапа. Следует сразу же прекратить кормление ребенка и поить его каждые 5—10 мин (по 1—2 чайные ложки) физраствором «регидроном», морковным отваром, слабоподслащенным чаем, кипяченой водой и др. При первой возможности (дома или чаще в приемном покое) ребенку с повторной рвотой следует промыть желудок 2% р-ром соды или слабым р-ром KMnO_4 и назначить водно-чайную паузу на 6—12 часов. До поступления в стационар (при высокой температуре и судорожной готовности) имеет смысл в/м введение литической смеси и глюконата кальция (см. Нейротоксикоз). В очень тяжелых случаях, при выраженных явлениях токсикоза и эксикоза вводят преднизолон в/м 2—3 мг/кг или гидрокортизон 5—10 мг/кг, аскорбиновую кислоту 5% р-р 2—3 мл и кокарбоксылазу 25—50 мг в/м. При парезе кишечника (резкое вздутие живота, метеоризм, газы не отходят) показана гипертоническая клизма (10% р-р хлористого натрия 50—70 мл плюс несколько капель валерианы); одновременно прозерин 0,05% р-р 0,1 мл/год жизни в/м. При необходимости, по назначению врача, вводятся сердечно-сосудистые препараты. В случае тяжелого кишечного токсикоза бригада скорой помощи может начать парентеральное введение (глюкозо-солевые р-ры, гемодез, реополиглюкин и т. д.) на догоспитальном этапе. Необходим постоянный контроль за

реакцией организма на проводимую терапию. Если у ребенка I степень токсикоза и умеренный эксикоз, его следует госпитализировать в инфекционное отделение, при токсикозе II—III степени и резкой дегидратации — в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Профилактика — борьба за естественное вскармливание, профилактика желудочно-кишечных инфекций.

Диспансеризация — по основному заболеванию.

ПАНКРЕАТИТ ОСТРЫЙ. **Этиология.** Развивается у детей вследствие травмы живота, при сахарном диабете, гормональном лечении, при неправильном одностороннем вскармливании, злоупотреблении насыщенными мясными бульонами и жирной пищей, при врожденной или приобретенной закупорке желчного пузыря и поджелудочной железы, например, камнем, паразитами; при пороках развития желчевыводящего и панкреатического протоков, у детей с бактериальной и вирусной инфекцией — перитонит, сепсис, отит, тонзиллит, паротит и др. Панкреатит может развиваться при аллергических состояниях, отравлениях, при передозировке витамина Д и кальция, при стрессовых ситуациях, под влиянием холодового фактора (пища из холодильника, мороженое), при острых и хронических заболеваниях органов пищеварения.

Клиника. Заболевание протекает по типу острого интерстициального панкреатита (острый отек поджелудочной железы), геморрагического панкреатита (панкреонекроз) и острого гнойного панкреатита. Интерстициальный панкреатит сопровождается болями в животе с локализацией над пупком, иррадиацией в левое подреберье, тошнотой, рвотой. Этим жалобам предшествует чувство распирания и тяжести в эпигастрии, диспептические расстройства, неопределенные боли в области пупка. При осмотре определяются признаки интоксикации разной степени выраженности, рвота желчью, метеоризм, учащенное дыхание, тахикардия, приглушенность тонов, бледность кожи с зеленоватым оттенком, страдальческое выражение лица, сухость губ, обложенность языка, иногда кореподобная сыпь на коже. Пальпация живота резко болезненна, выявляется мышечный дефанс в виде поперечно располагающейся над пупком мышечной резистентности, положительный симптом Мейо — Робсона (болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу), Кача (болезненность по наружному краю прямой мышцы живота слева на уровне 4—7 см выше пупка), Дежардена и Шоффара (болезненность в холедохопанкреатическом треугольнике), Воскресенского (болезненность при перкуссии по позвоночнику на уровне

XII грудного и I и II поясничных позвонков) и др. Наблюдаются внепанкреатические, симптомы: раздражительность, беспокойный сон, головная боль, тахикардия, иногда гипертония, болезненность печени при пальпации, может быть протеинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия, поражение конъюнктив, артралгии, дизурические расстройства. В анализе крови появляется лейкоцитоз, иногда с палочкоядерным сдвигом, увеличение СОЭ, амилаземия, амилазурия. Иногда клиническая картина слабо выражена, малосимптомна, с хорошей положительной динамикой, однако длительно сохраняется болезненность при пальпации тела и головки поджелудочной железы. Такое течение свойственно отеку поджелудочной железы у детей раннего и дошкольного возраста.

Острый геморрагический панкреатит и панкреатонекроз характеризуется прогрессирующим нарастанием тяжести состояния, выражающимся интенсивными головными болями, лихорадкой, неукротимой рвотой, симптомами раздражения брюшины, упорными болями в животе, прогрессирующим падением артериального давления, нарастанием симптомов токсикоза и эксикоза, нарушением белкового, углеводного обмена, развитием признаков сахарного диабета. Инфицирование некротически измененной поджелудочной железы или сформировавшейся кисты приводит к развитию гнойного панкреатита. При исследовании амилазы крови и мочи выявляется ее высокая активность. Определяется также гипергликемия $>5,5$ ммоль/л, гипокальциемия $<1,8$ ммоль/л. Некротические панкреатиты встречаются у детей очень редко.

Лечение и уход. Больному назначается строгий постельный режим и нервно-психический покой. Медицинская сестра следит за поведением ребенка, характером болей, их динамикой и сообщает обо всем врачу. Диета, предусматривающая голодание в течение 2—7 дней (в зависимости от тяжести состояния), на фоне парентерального питания, инфузионной и регидратационной терапии, отсасывание желудочного сока. При нетяжелом течении и при обострении хронического панкреатита разрешается питье без отсасывания желудочного сока. В качестве питья используется минеральная вода «Боржоми» в теплом виде, без газа, 6—8 раз в день либо 500—1000 мл 0,5% р-ра гидрокарбоната натрия и 100 мл 5% р-ра глюкозы. При улучшении состояния и лабораторных показателей с 3—4-го дня назначается переходная диета, пища дается 6—8 раз в сутки в теплом виде маленькими порциями. В этот период вначале назначается исключительно углеводное пита-

ние (каши на воде, слизистые супы, чай с сахаром, сухари, желе из соков на ксилите, картофельно-морковное пюре), затем добавляют белки (паровой омлет из яичных белков, полужидкая каша из овсяных хлопьев или риса на молоке, мясные суфле, паровые тефтели, фрикадельки, суфле рыбное паровое, обезжиренный творог, чай с молоком). При положительной динамике добавляют жиры (несоленное сливочное масло, рафинированное растительное масло начиная с 5 до 15 г в готовые блюда). К 7—10-му дню назначается фруктово-творожная паста, молочные каши, протертые супы, сухари, печенье, сосиски, неконцентрированные компоты, кисель (диета 5-п протертая), а через 1—1,5 месяца стол 5-п непротертый (см. Холецистит). Питание должно быть 6-разовое, небольшими порциями. После выписки из стационара в питание включают белый хлеб, мясные (паровые) и рыбные котлеты, нежирную отварную рыбу, овощные, крупяные и молочные супы, компоты, свежие фрукты, ягоды, картофель. Подобную диету следует соблюдать в течение года.

Медикаментозное лечение согласуется с врачом. Назначаются: антацидные средства — альмагель, карбонат кальция, альмагель А; препараты, воздействующие на рецепторы слизистой оболочки — циментидин, тагамет; спазмолитики — атропина сульфат 0,15—0,35 мл 0,1% р-ра, папаверина гидрохлорид 2% 0,5—1,0 мл, но-шпа 2% 1,0 мл, сернокислая магнезия 25% р-р 5,0 мл; анальгетики — анальгин внутрь и в/м в возрастной дозе, новокаин 0,5% р-р в/в либо электрофорез 2% р-ра на область солнечного сплетения, баралгин по 5,0 мл в/в, в/м, в виде свечи; антибиотики предпочтительно тетрациклинового ряда — олеандомицин, тетрациклин, олететрин, левомицетин, ристомидин в соответствующих дозах; ингибиторы ферментов поджелудочной железы — трасилол, гордокс, цалол, контрикал, диамокс, фонурит, гипотиазид, метацил, пентоксил, аминокaproновая кислота. Доза препарата зависит от степени тяжести состояния и активности ферментов. Назначаются антигистаминные препараты — димедрол, супрастин, пипольфен, диазолин, перитол; дезинтоксикация — в/в капельно гемодез, альбумин, полиглюкин, р-р Рингера, альвезин, 10% р-р глюкозы, изотонический р-р хлорида натрия под контролем ионограммы с форсированным диурезом (лазикс, маннит).

Профилактика. Сводится к предупреждению и эффективному лечению заболеваний, способных вызвать острый панкреатит, а также рациональное, сбалансированное питание во все возрастные периоды.

ПАНКРЕАТИТ ХРОНИЧЕСКИЙ. Этиология. Причиной возникновения могут служить перенесенный острый панкреатит (главным образом паротитный), заболевания печени и желчевыводящих путей, желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечника, хр. интоксикации, аллергия, пищевые перегрузки, особенно неадекватное вскармливание на первом году жизни, отравления, хр. почечная недостаточность и др.

Клиника. Характеризуется периодически наступающими обострениями и ремиссиями, однако может быть и безрецидивная форма. Симптомы заболевания полиморфны. При рецидивирующей форме отмечается волнообразность течения. В период обострения доминирует болевой синдром (см. Панкреатит острый), нарушается общее состояние, появляются признаки нарушения пищеварения: учащенный стул, вздутые живот, урчание по ходу кишечника, обильный зловонный жирный стул. Может быть увеличение печени. При стихании процесса боли и дисфункция кишечника уменьшаются, но полной нормализации функции железы не наступает. Диагностика основана на сопоставлении клинической симптоматики с уровнем панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом, крови, моче. В период обострения происходит снижение их активности в дуоденальном содержимом и повышение их в крови. Отмечается выделение с калом мышечных волокон (креаторрея), нейтрального жира (стеаторрея), крахмала (амилоррея). При безрецидивном течении хр. панкреатита больные жалуются на постоянные боли в животе слева выше пупка, усиливающиеся при употреблении большого количества пищи, на неустойчивый стул. Лабораторно определяется амилаоррея.

Лечение и уход. Лечение проводится параллельно с лечением основного заболевания, явившегося причиной развития хр. панкреатита. Назначается лечебное питание с ограничением жира (до 25—30 г в сутки) и легкоусвояемых углеводов (варенье, мед, сахар). Принимают пищу, приготовленную на пару, 6 раз в день, малыми порциями, с постепенным расширением диеты. При нарушении общего состояния, выраженном болевом синдроме лечебное питание назначается как при остром панкреатите (см.). Медикаментозное лечение проводится по назначению врача и направлено на борьбу с инфекцией (антибиотики), подавлением активности панкреатических ферментов (трасилол, контрикал, цалол аминокaproновая к-та и др.). В период ремиссии и при безрецидивном течении дается желудочный сок, панкреатин, желчегонные средства, барби-

тураты, эфедрин, а также болеутоляющие средства (папаверин, но-шпа и др.).

Профилактика. Лечение заболеваний, являющихся причиной развития хр. панкреатита (болезни печени, желчевыводящих путей, желудка и 12-перстной кишки, толстого кишечника), соблюдение режима дня и питания.

Диспансеризация. Дети находятся на диспансерном учете до 15 лет. Особое внимание уделяется диете в течение 1—2 лет после обострения (диета 5-п, непротертый вариант). Назначаются ферментные препараты (панкреатин, фестал, мексаза и др.) по 2 недели каждый месяц в течение 5—6 месяцев после обострения, в дальнейшем 2 раза в год по 3—4 недели; желчегонные средства растительного происхождения (бессмертник, шиповник, кукурузные рыльца, мята и др.) — ежеквартально по 3 недели; витамины по 1 месяцу 3 раза в год; минеральные воды слабой минерализации (Смирновская, Ессентуки-17 и др.) 2—3 раза в год по 1—1,5 месяца; лечебная физкультура, затем специальная группа на 2 года с последующим переходом в подготовительную и основную (через 3 года). Профилактические прививки противопоказаны в течение года после обострения.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА (симптом невроза желудка, синдром раздраженного желудка, псевдоязвенный синдром, функциональная диспепсия).

Этиология. Развиваются в результате нервно-эмоционального напряжения, конфликтных ситуаций, инфекций, травм, интоксикаций и др.

Клиника. Основным клиническим симптомом является боль в эпигастрии, правом подреберье, вокруг пупка, иногда боль по всему животу. Боли, как правило, не связаны с приемом пищи, приступообразные, колющие, давящие, распирающие, часто сопровождаются вегетативными расстройствами — покраснением или побледнением лица, потливостью, извращенным дермографизмом, сосудистой дистонией и т. д. Отмечаются похудание, снижение аппетита, отрыжка кислым воздухом, тошнота, срыгивание, легковозникающие рвоты, нарушение акта глотания, чередование запора с поносом. Дети возбудимы, эмоционально лабильны, их беспокоят головные боли, головокружения, иногда обмороки.

Требуется тщательное обследование для исключения органического заболевания.

Лечение и уход. Лечебные мероприятия направлены на нормализацию нервной регуляции и пищеварения; строгий режим питания и бодрствования; психотерапия;

седативные препараты (валериана, триоксазин, элениум); спазмолитики (но-шпа, галидор, папаверин); витаминотерапия (триамин, пиридоксин, аскорбиновая кислота, витамин U), антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, пипольфен, перитол и др.); стимулирующие средства (ментаил, пентоксил, экстракт алоэ, ФИБС).

Профилактика. см. Гастрит.

Диспансеризация в группе с угрозой язвенной болезни с учетом желудочной секреции. Показана фитотерапия: семена льна, цветки липы, корень солодки, корень алтея, плоды фенхеля (при повышенной секреции соляной кислоты) и цветы ромашки, трава полыни горькой, листья шалфея, трава тысячелистника, сушеницы болотной, зверобоя (при пониженной секреции). Проводится санация очагов хронической инфекции. Санаторно-курортное лечение этих больных проводится в санаториях общего типа либо в санаториях для детей с функциональными расстройствами нервной системы. Курсы лечения проводятся осенью и зимой в течение трех лет.

ХОЛЕПАТИИ ОРГАНИЧЕСКИЕ

ХОЛЕЦИСТИТ (ХОЛЕОЦИСТОХОЛАНГИТ) ОСТРЫЙ, ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО. **Этиология.** Возникновению заболевания способствуют аномалии развития желчного пузыря и желчевыводящих путей, дискинезии, присоединение инфекции, заброс панкреатического сока в желчевыводящие пути, заболевания желудка, печени, кишечника. Нередко воспаление желчевыводящих путей сочетается с лямблиозом. Заболевание развивается под влиянием кокковой флоры, чаще грамотрицательной (протей, синегнойная палочка) и кишечной палочки. Изолированное острое воспаление желчного пузыря (холецистит) у детей встречается редко. Воспаление чаще всего распространяется на слизистую оболочку желчевыводящих путей.

Клиника. При остром начале заболевания повышается температура, появляется резкая приступообразная боль в животе, усиливающаяся в горизонтальном положении и на правом боку, рвота иногда с примесью желчи, тошнота. При осмотре определяется сухость кожи и слизистых, обложенность языка белым или желтоватым налетом, отставание верхних отделов живота в акте дыхания, положительные симптомы Керра, Ортнера. Диагноз устанавливается на основании объективного исследования, дуоденального зондирования, холецистографии и ультразвукового исследования. Медицинская сестра готовит больного к дуоденальному зондированию и к холецистографии. Ду-

оденальное зондирование проводят утром натощак после предварительной психоподготовки, лучше совместно с другими детьми, которые ранее хорошо переносили эту процедуру. При наличии невротических реакций в течение предшествующих трех дней детям назначаются седативные средства (седуксен, элиниум, экстракт валерианы). Процедура дуоденального зондирования выполняется опытной медицинской сестрой, обладающей соответствующими навыками. При подготовке к холецистографии за двое суток до исследования из диеты больного исключают ржаной хлеб, свежее молоко, мучные блюда, овощи и фрукты, т. е. те продукты, которые дают обильное газообразование. Очищение кишечника производится с помощью клизм. Необходимо следить за реакцией ребенка на рентгеноконтрастное вещество. При его в/в введении предварительно определяют чувствительность ребенка к нему. Возможны аллергические реакции, проявляющиеся головокружением, ознобом, рвотой, повышением температуры, падением артериального давления. В подобных случаях исследование не проводится, больному следует ввести в/м 0,5—1,0 мл 1% р-ра эфедрина, антигистаминные препараты (диазолин, пипольфен, супрастин, тавегил, перитол). Подготовка желудочно-кишечного тракта к ультразвуковому исследованию такая же, дополнительно назначается в течение 3 дней карболен, ферментные препараты.

Лечение и уход. Неотложное хирургическое вмешательство показано при флегмонозной и гангренозной формах заболевания. Больные катаральной формой госпитализируются в соматический стационар. Назначается постельный режим на 7—10 дней, диета. В первые дни, в зависимости от состояния, дают только сладкий чай и минеральные воды в теплом виде. В последующие 7—10 дней диета состоит из жидких, полужидких и пюрированных легкоусвояемых блюд, молочных и овощных супов, овощного и мясного пюре, каш, кефира, киселя (диета 5а). В дальнейшем больной получает пищу, приготовленную на пару либо тщательно отваренную, в теплом виде (диета 5). В диету включают молочно-растительные продукты, нежирное мясо, океаническую рыбу, молочные каши, свежие фрукты и овощи, мучные нежирные изделия. Медицинская сестра следит за тем, чтобы больные не получали такие продукты, как специи, копчености, соленья, маринады, шоколад, мясные и рыбные консервы, бульон, грибы, редьку, редис, хрен, чеснок, лук, щавель, кондитерские изделия. Проводится дезинтоксикация путем введения в/в капельно реополиглюкина, гемодеза, 0,9% р-ра хлорида натрия по

назначению врача. Назначаются антибиотики, которые проникают в желчь (эритромицин, олеандомицин, линкомицин, полусинтетические пенициллины, гентамицин), в возрастной дозе. 10—15 дней внутрь или в/м; болеутоляющие средства (анальгин, баралгин) в возрастной дозе в/м в первые дни, затем внутрь; спазмолитики (но-шпа, галидор, платифиллин); желчегонные средства — аллохол по 1/2 табл., 3 раза в день после еды; холензим по 1/2 драже 3 раза в день после еды; хологон по 0,05—0,1 (в возрасте 2—5 лет) и 0,2—0,25 (в возрасте 6—12 лет) 3 раза в день после еды; никодин по 0,25—0,5 3 раза в день до еды; оксафенамид по 0,15—0,25 3 раза в день перед едой; настой бессмертника песчаного; кукурузных рылец, сорбит по 0,1—0,3 г/кг массы тела; тепловые процедуры (после стихания остроты процесса) в виде парафиновых аппликаций, озокерита, диатермии. При обнаружении лямблий — противолямблиозное лечение фуразолидоном, трихополом повторными курсами в возрастных дозировках. Проводится дегельментизация при наличии глистной инвазии (пиперазин, вермокс, декарис и др. в возрастной дозе) в зависимости от вида гельминта.

Профилактика. Своевременное лечение сопутствующих заболеваний, выявление и санация очагов хронической инфекции, дисбактериоза кишечника.

Диспансеризация в группе больных хроническим холецистохолангитом. Диспансерное наблюдение включает ежеквартальный осмотр врача на первом году, контрольное дуоденальное зондирование 1—2 раза в год (по показаниям) и ультразвуковое исследование. Медицинская сестра проводит дуоденальное зондирование, помогает родителям и обучает их технике проведения слепых зондирований (после приема р-ра сульфата магния, сорбита или ксилита в возрастной дозе либо минеральной воды большой укладывается на правый бок с теплой грелкой на 1,5 часа), готовит ребенка к рентгенологическому и (или) ультразвуковому исследованию, выполняет назначения врача при проведении противорецидивного лечения. В период ремиссии показаны слепые зондирования сорбитом, минеральными водами, кислородотерапия (кислородный коктейль), поливитамины, желчегонные сборы, дозированный двигательный режим (занятия в спецгруппе 6 месяцев, в подготовительной — 6 месяцев). Медицинская сестра строго следит за соблюдением диеты (№ 5), техникой приготовления блюд.

ХОЛЕЛИТИАЗ (ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ)

Этиология. Развитию заболевания способствуют: на-

рушение химического состава желчи, связанное с увеличением в ней холестерина и уменьшением количества желчных кислот, застой желчи, воспалительные заболевания желчевыводящей системы. Предрасполагают к заболеванию: патология эндокринной системы, наследственная отягощенность, аномалии развития желчного пузыря и желчных путей, заболевания печени, злоупотребление жирной пищей, несбалансированное питание и т. д.

К л и н и к а. Иногда желчно-каменная болезнь протекает малосимптомно и сопровождается холецистохолангитом, чем и обусловлена симптоматика (см. Холецистит). В этих случаях выявление камней происходит при рентгенологическом и ультразвуковом исследовании. Эта форма встречается у детей чаще, чем приступообразная. При явной форме заболевания наличие камня проявляется типичными приступами колик, появление которых связывают с нарушением в диете, физической нагрузкой, эмоциональным стрессом. На фоне благополучия появляются сильные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, правое плечо, поясницу. Продолжительность болей от нескольких минут до 2—3 часов. Как правило, приступ сопровождается тошнотой, рвотой, головными болями, коллапсом. Подобные приступы повторяются с различной частотой от 1—2 раз в год до 1—2 раз в месяц. Если камень прошел в желчный проток и закупорил его, то появляется желтуха и зловонный обесцвеченный жирный стул, желчные пигменты в моче. При длительном течении заболевания в процесс вовлекаются все органы и системы, при отсутствии типичных приступов колики эти дети попадают к разным специалистам. Окончательный диагноз устанавливается на основании данных объективного исследования, дуоденального зондирования и ультразвукового исследования.

Лечение и уход. Во время обострения назначается постельный режим, диета № 5, желчегонные препараты — аллохол, холензим, оксафенамид, никодин, антибактериальная терапия, при необходимости — противоямблиозное лечение (см. Холецистит). При болевом приступе назначаются 0,1% р-р атропина внутрь (по 1/2 капли на год жизни на прием), экстракт белладонны (1 мг/год жизни на прием), папаверин, но-шпа, анальгин. Если прием лекарств внутрь не снимает болевой приступ, то вводится в/м баралгин или 0,2% р-р сульфата атропина, 1—2% р-р гидрохлорида папаверина или дибазола, 24% р-р эуфиллина в возрастной дозе. Во время приступа показано умеренное питье, на область правого подреберья согреваю-

ный компресс (не горячая грелка) при отсутствии симптомов хирургического заболевания. В период между приступами показана витаминотерапия, минеральные воды в зависимости от состояния желудочной секреции, желчегонный чай, теплое питье. В случае повторных приступов показана консультация хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. Медицинская сестра оказывает неотложную помощь в момент приступа болей, помогает родителям в проведении диетотерапии и выполняет врачебные назначения по профилактике рецидивов заболевания.

Профилактика. Предупреждение и лечение функциональных и воспалительных заболеваний печени и желчевыводящих путей, рациональное питание, соблюдение двигательного режима.

Диспансеризация. Подлежит диспансерному наблюдению дети, страдающие хроническим холециститом, холецистохолангитом.

ХОЛЕПАТИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ

ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ. Этиология связана с нарушением иннервации и регуляции деятельности желчного пузыря, желчных протоков и сфинктерного аппарата желчевыводящих путей. Заболеванию способствуют: вегетососудистая дистония, нарушение ритма питания, злоупотребление жирной, острой пищей, пряностями, копченостями, переедание, насильственное кормление, заболевания других отделов пищеварительной системы (желудка и 12-перстной кишки, аномалии развития, гепатиты, лямблиоз, колиты), эндокринные расстройства (диабет, ожирение, заболевания щитовидной железы и др.), интоксикации и инфекции (хр. тонзиллит, кариес зубов, синуситы), аллергические заболевания и др. Заболевание сводится к развитию застоя желчи, изменению ее физико-химических и бактерицидных свойств, благодаря чему проникающие в нее микробы (стафилококки, кишечная палочка, протей, синегнойная палочка и др.) вызывают воспалительный процесс (см. Холецистит).

Клиника. При гипомоторной дискинезии больной ощущает ноющие, тупые постоянные боли в правом подреберье, усиливающиеся при эмоциях, погрешностях в диете. Аппетит снижен, отрыжка, тошнота, горечь во рту, вздутие живота, запор, может быть увеличение печени. При гипермоторной дискинезии боли носят коликообразный характер, иррадиируют в правое плечо, правую лопатку, кратковременные, обычно после еды, особенно желчегон-

ной (мучные, жареные блюда, жирная пища, мясо, яйца), сопровождаются тошнотой, рвотой. Симптомы общей интоксикации обычно отсутствуют, пальпация живота вне периода обострения безболезненна, либо отмечается незначительная болезненность в правом подреберье. Диагноз устанавливается после дуоденального зондирования с учетом оттока желчи по минутам и ее химического состава, холецистографии, ультразвукового исследования.

Лечение и уход. Диета № 5 (см. Холециститы). При гипомоторной дискинезии включаются продукты, способствующие выведению желчи из растянутого желчного пузыря (растительное и сливочное масло, молоко, сметана, неострый сыр, яйца всмятку 2—3 раза в неделю, свежие фрукты и овощи). Проводятся слепые зондирования р-ром сульфата магния (0,2—0,4 г/кг в 100 мл воды), сорбитом или ксилитом (0,3—0,5 г/кг в 100 мл воды), свекольным соком (50—100,0 мл) и др. Эти же препараты применяют внутрь за 30 мин до еды в возрастной дозе. Используются желчегонные сборы (цветы липы, корни одуванчика и др.), тонизирующие средства (экстракт алоэ, пантокрин, настойка женьшеня). При гипермоторной форме следует приложить умеренное тепло на область желчного пузыря в виде грелки, компресса с растительным маслом (если исключено острое хирургическое заболевание); седативная терапия — экстракт валерианы, седуксен и др. Если болевой синдром не снимается, дается платифиллин, папаверин, атропин, но-шпа в соответствующих дозах в сочетании с веществами, усиливающими продукцию желчи — аллохол, холензим, хологон, никодин, оксафенамид после еды, а также с минеральными водами в соответствии с кислотообразующей функцией желудка. При этой форме дискинезии показаны парафиновые аппликации, диатермия и индуктотермия на область желчного пузыря, а слепые зондирования противопоказаны. Лечение желчегонными средствами продолжают в течение 4 недель после выписки из стационара.

Профилактика. Соблюдение режима дня, достаточная двигательная активность, своевременное выявление и санация очагов хронической инфекции, лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Диспансеризация на протяжении 2-х лет. Медицинская сестра следит за соблюдением диеты в течение 6 месяцев после обострения и постепенно расширяет диету до общей, помогает родителям в проведении желчегонной терапии и физиопроцедур. Курсы желчегонной терапии проводят 2 раза в год — весной и осенью, в течение

месяца, в зависимости от типа дискинезии. Через месяц после выписки из стационара подобные курсы проводят каждые 3 месяца (2 недели в месяц) со сменой желчегонных препаратов во избежание привыкания. Используют: бессмертник песчаный (6—12 г на 200 мл воды), кукурузные рыльца (10 г на 200 мл воды), пижму обыкновенную (20 г на 200 мл воды), володушку (1—4 г на 200 мл воды), плоды шиповника (2 ст. л. толченых плодов на 2,5 стакана воды) в виде различных сборов и в отдельности.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. Этиология: отягощенная наследственность, нервно-психическое, эмоциональное перенапряжение, отрицательные эмоции, конфликтные ситуации в семье, школе, среди сверстников, травмы и заболевания центральной нервной системы, алиментарные факторы (нарушение режима, сухоядение, переедание, одностороннее вскармливание, пищевая аллергия), заболевания других органов и систем (тонзиллиты, синуситы, кариозные зубы, инфекционные заболевания и др.), а также предшествующие хронические заболевания желудка и 12-перстной кишки.

Клиника. Ведущим симптомом является боль, которая в начале заболевания не имеет четкой локализации и не связана с приемом пищи. В период разгара заболевания боль ощущается натошак (голодная), чаще ночью, во время сна, а также через 1—2 часа после еды. Боль локализуется в пилородуоденальной зоне, носит интенсивный характер, продолжается до нескольких часов. Диспептический синдром характеризуется изжогой, отрыжкой кислым, тошнотой и запорами, рвотами. Больные страдают эмоциональной лабильностью, раздражительностью, иногда расстройством сна, повышенной утомляемостью и потливостью. Объективные исследования выявляют обложенность языка, умеренное вздутие живота, болезненность при неглубокой пальпации в эпигастрии или в пилородуоденальной зоне, положительный симптом Менделя (болезненность при поколачивании выпрямленным пальцем в точке проекции луковицы 12-перстной кишки). Диагностика: рентгенологическое и эндоскопическое исследование. Заболевание протекает длительно, циклично, период обострения сменяется стиханием процесса. Сезонность обострения наиболее характерна для язвенной болезни 12-перстной кишки. Осложнения: желудочно-кишечные кровотечения, стеноз привратника и 12-перстной кишки, пенетрация и перфорация (прободение). Кровотечение может быть значительным, с кровавой рвотой, с дегтеобразным стулом, а

иногда проявляется лишь наличием скрытой крови в кале. Пробождение язвы характеризуется возникновением острой пронизывающей боли в эпигастральной области и появлением напряжения передней брюшной стенки (мышечной защиты) в этой же области. В дальнейшем выявляются симптомы перитонита.

Лечение и уход. При подозрении на язвенную болезнь ребенка госпитализируют; назначается постельный режим на 1—3 недели с максимальным покоем и полноценным сном. Решающее значение в лечении больного имеет диета. Первые 7 дней назначается диета 1а — молоко, однодневный кефир до 1 л, слизистые супы, в которые добавляется яичный желток, сливочное масло, яйца, сваренные только всмятку (до 4 штук в день), кисели. В последующие две недели диета расширяется (1б). Дается жидкая манная каша, рисовая, овсяная каша на половинном молоке, пудинги, паровые мясные и рыбные котлеты, фруктовое пюре, белые сухари. На 4-й неделе в рацион включают овощи, белый хлеб, картофель, мучные и крупяные изделия. В последующем, в течение 1 года, назначается диета с 5-разовым питанием и стаканом молока перед сном. Пищу готовят в виде слизистых отваров из круп, парового суфле из мяса и рыб, жидких каш, киселя, молока, сливок, творога, парового омлета. При пониженном кислотообразовании добавляются некрепкие мясные, рыбные, овощные отвары, овощные пюре и салаты с растительным маслом (стол. № 1). Используется сок свежей белокочанной капусты, противоязвенный витамин U и сок подорожника (при нормальной или пониженной кислотности), картофельный сок (при повышенной кислотности). Назначаются средства, снижающие кислотность, — альмагель, викалин, фосфалюгель, алантон в соответствующей дозе. Болеутоляющие: 0,1% р-р атропина сульфата по 5—8 капель перед едой или п/к 0,5—0,1 мл 0,1% р-ра 1—2 раза в день; платифиллина гидротартрат в виде 0,2% р-ра 0,5—1,0 мл в/м или по 0,001—0,003 внутрь 3 раза в день; кватерон по 0,015—0,03 внутрь 3 раза в день. Антигистаминные препараты — димедрол, пипольфен, перитол; вещества, снимающие спазм гладкой мускулатуры желудка и кишечника, — папаверин, но-шпа, галидор; заместительная терапия ферментами — панкреатин, фестал, мексаза и др. Для ускорения заживления язвенного дефекта применяются оксиферискарбон, экстракт алоэ, ФИБС и др. Проводится седативная терапия небольшими дозами фенобарбитала (люминала), элениума, седуксена. Лекарственные травы (10% отвар тысячелистника, настой ромашки и шиповни-

ка, 10% настойка зеленых сосновых шишек) нормализуют кислотность, уменьшают болевые и диспептические явления, обладают противовоспалительным действием. При кровотечении из язвы больному обеспечивается полный физический и эмоциональный покой. На живот кладут пузырь со льдом или холодной водой, срочно переливается кровь (50,0—70,0 мл). Больные не получают пищу в течение суток. При повторных рвотах проводится парентеральное питание. На вторые сутки даются охлажденные сливки, молоко с добавлением сливочного масла небольшими порциями, мясное суфле, протертый картофель, протертая рисовая и манная каша. По окончании кровотечения назначается стол 1а (см. выше). В период кровотечения лекарства внутрь не назначаются. Прободевание язвы является показанием для срочного оперативного вмешательства.

Профилактика (см. Хр. гастрит).

Диспансеризация у врача гастроэнтеролога или у участкового педиатра. В течение двух лет после обострения дети должны наблюдаться 1 раз в квартал (в первом полугодии ежемесячно), в последующие годы при наличии стойкой ремиссии — 1—2 раза в год. Объем исследований: осмотр, анализ крови, мочи, анализ кала на глисты и лямблии, консультация ЛОР-врача, стоматолога, невропатолога, исследование кала на скрытую кровь. Не реже двух раз в год исследуется кислотообразующая функция желудка. Рентгенологическое и эндоскопическое исследование проводятся 1 раз в год по показаниям. Медицинская сестра выполняет назначения врача при диспансерном наблюдении, контролирует соблюдение диеты, готовит ребенка к назначенному исследованию. Курсы противорецидивного лечения включают диетотерапию (стол 1б, 1 в течение 1—2 лет и № 5 в последующие годы), прием антацидных и седативных средств (см. Лечение), минеральных вод в теплом виде (25—30°C) 3 раза в год весной, осенью и зимой, а также физиопроцедуры по назначению врача. Участковая медицинская сестра следит за использованием ребенком дополнительного выходного дня в школе, освобождением его от занятий физкультурой на 4—6 месяцев (в дальнейшем занятия в подготовительной группе) и от переходных экзаменов (если они следуют вскоре после обострения), а также от профилактических прививок (в течение первого года). Снятие с диспансерного учета осуществляется при условии полной ремиссии в течение 5 лет. Санаторно-курортное лечение может проводиться 2 раза в год на курортах Ессентуки, Железноводск и др.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (ГН). Этиология. Гломерулонефрит — это двустороннее диффузное инфекционно-аллергическое заболевание почек с преимущественным поражением клубочков. Среди больных преобладают дети от 7 до 12 лет, мальчики болеют в 1,5 раза чаще, чем девочки. В возникновении ГН играют большую роль бетта-гемолитический стрептококк, стафилококки, вирусы ЭХО и Коксаки и др. Провоцирующим моментом могут быть прививки с нарушением сроков, переохлаждение, перенесенная ОРВИ.

Клиника. ГН бывает острый, хронический (более года) и подострый. Клинически различают 3 формы: гематурическую, нефротическую, смешанную. При гематурической форме ГН у ребенка появляется моча цвета мясных помоев, кратковременные (3—7 дней) небольшие отеки лица, иногда конечностей, у 60—70% заболевших повышается АД, но оно, как правило, на фоне лечения быстро нормализуется и не достигает высоких цифр. В моче при лабораторных исследованиях обнаруживаются эритроциты свежие и выщелоченные, цилиндры гиалиновые и зернистые, белок не более 2 г в сутки. В крови незначительный лейкоцитоз, СОЭ 20—30 мм в час. Нефротическая форма характеризуется распространенными отеками (лицо, туловище, конечности, половые органы, асцит до аносарки). Отеки чаще всего сохраняются до двух недель и более, то исчезают, то снова появляются даже на фоне интенсивного лечения. В моче выраженная протеинурия (3 г и более в сутки), в крови — уменьшение общего белка и альбуминов и увеличение холестерина, СОЭ — 35 мм и более в час. При смешанной форме распространенные отеки сочетаются с гематурией, у большинства больных стойко увеличивается АД. Это самая неблагоприятная форма. При подостром злокачественном нефрите клинические проявления сходны со смешанной формой ГН, однако состояние прогрессирующе ухудшается, быстро (через 3 мес) появ-

ляются признаками почечной недостаточности, что ухудшает исход заболевания.

Лечение и уход. Все дети с острым гломерулонефритом должны лечиться в стационаре, желательнее в специализированном. В активной стадии назначается строгий постельный режим на 4—6 недель. Показанием для перевода на полупостельный режим являются: снижение температуры и АД, значительное уменьшение или исчезновение отеков, нормализация мочевины крови. Больным в активной стадии болезни при сохранной функции почек назначается стол 7а с исключением соли, ограничением жидкости и белк. (до 0,5—0,6 г на кг) за счет продуктов животного происхождения (мясо, рыба, творог). Через 4—5 дней стол 7а заменяется столом 7б (на 10—14 дней). Белок увеличивают до 1,0—1,5 г/кг, прежде всего за счет молочных продуктов. Разрешаются молочные, вегетарианские, овощные, фруктовые супы, желток. При исчезновении отеков и нормализации АД постепенно добавляется соль — 0,5—1,0 г на руки больному. При дальнейшем расширении диеты (стол 7в) количество белка увеличивается до 2,5—3,0 г/кг, добавляется мясо, рыба в отварном виде, исключаются мясные бульоны, количество соли увеличивается до 3—5 г в день (если нет отеков и гипертонии). С первых дней заболевания назначается пенициллин (50—100 тыс. ед. на кг) на 2—3 недели, а затем бициллин на 2 месяца. Показаны антигистаминные препараты (супрастин, пипольфен, тавегил), витамины (В₁, В₂, А, С, Е, В₆; В₆, РР) в возрастных дозировках, хлористый кальций (10% р-р по 1 десертной, 1 столовой ложке) в течение 2—3 недель. Если АД не снижается (неэффективность бессолевой диеты и постельного режима), назначают гипотензивные средства. Широко используются резерпин, терапевтический эффект которого обычно наступает через 4 дня, доза подбирается индивидуально. При отсутствии эффекта назначают адельфан, клофелин, кристепин, но медицинская сестра должна иметь в виду, что указанные препараты могут вызвать быстрое падение АД (вплоть до коллапса) и внимательно наблюдать за ребенком, принявшим такие лекарства. Больной обязан находиться в постели. При выраженных отеках применяются мочегонные препараты: верошпирон — эффективен в дозе 5—10 мг/кг массы тела, курс лечения до 30 дней, препарат дается во второй половине дня; гипотиазид применяется в дозе 2,5—5,0 мг на кг массы в течение 5—7 дней. Курс лечения — до 4-х недель. Эффективна комбинация гипотиазид — лазикс. Доза лазикса

1—3—5 мг/кг массы тела, применяется 5—7 дней, иногда до 24 дней.

При нефротической форме гломерулонефрита к базисной вышеизложенной терапии подключают преднизолон в дозе 1,5—2 мг на кг массы тела. Непрерывный курс проводится не менее 4—6 недель. Далее доза преднизолона уменьшается на 2,5 мг через 3—4 дня до поддерживающей (1/2—1/3 полной дозы), которую дают 3 дня в неделю в течение 10—18 месяцев. В период непрерывного курса преднизолонотерапии назначаются антибиотики, панангин или хлористый калий, детям с тенденцией к гипертензии с профилактической целью — гипотензивные средства. При нефротической форме с гематурией и гипертензией гормоны назначают с осторожностью и короткими курсами. При всех формах гломерулонефрита широко используется курантил по 2—3 мг на кг массы тела до еды, он уменьшает внутрисосудистое тромбообразование. Курс лечения не менее 2—3 месяцев. Эффективность лечения увеличивается при сочетанном назначении гепарина под контролем коагулограммы. Если эффекта от ранее указанной терапии нет, больным назначают цитостатики.

В лечении детей с гломерулонефритом особенно важное значение имеет правильный уход. Больные должны помещаться в светлые, сухие палаты на 1—2 человека (профилактика реинфекции) с оптимальной температурой 20°C. Следует оберегать ребенка от сквозняков, но комнату важно проветривать 2—3 раза. Необходимо следить за соблюдением режима питания, питья, сна и бодрствования. Очень важно поддерживать у ребенка хорошее настроение, отвлекать от болезни, занимать детей играми в постели (если ребенок находится на постельном режиме), вязанием, вышиванием, изготовлением игрушек и т. д. Важно соблюдение личной гигиены (умывание, чистка зубов, подмывание, смена чистого белья и т. д.). После выписки из стационара все это нужно организовать в домашних условиях.

Профилактика включает в себя широкий комплекс мероприятий, направленных на укрепление организма в целом. Прогулки на воздухе, закаливание, соблюдение режима дня, питания. Оздоровления требуют часто болеющие дети, больные стрептококковой инфекцией (ангина, тонзиллит) и с хроническими очагами инфекции, дети с экссудативным диатезом и другими аллергическими заболеваниями. Очень важно правильное лечение ангины. ОРВИ до полного выздоровления — это способствует предупреждению развития гломерулонефрита.

Диспансеризация детей с гломерулонефритом

проводится по трем основным группам. К первой группе относятся дети, выписанные из стационара в полной клинико-лабораторной ремиссии, т. е. дети без клинических проявлений болезни и с нормальными анализами. Осмотр детей этой группы с исследованием функции почек должен проводиться один раз в 3 месяца, анализ мочи — ежемесячно, анализ крови — один раз в 3—5 месяцев. Через 3—4 месяца при сохранении ремиссии дети могут посещать коллектив, в школе рекомендуется щадящий режим (дополнительный выходной день, освобождение от уроков физкультуры), контроль АД не реже 1 раза в месяц.

Во вторую группу входят дети, выписанные из стационара без клинических проявлений болезни, но с некоторыми отклонениями в анализах. В этих случаях заболевание имеет затяжное или волнообразное течение. Осмотр этой группы проводится каждые 1—2 месяца, анализ мочи — через 1—2 недели, исследование функционального состояния почек — по показаниям, но не реже одного раза в 3 месяца. Режим детей общий, но с ограничением физической нагрузки, обязательным дневным отдыхом, прогулками.

Дети третьей группы выписываются из стационара в состоянии неполной клинической ремиссии. Осматриваются врачом по необходимости, но не реже 1 раза в 5—7 дней. Анализ мочи проводится каждые 7—10 дней, анализ крови — 1 раз в 3—4 недели, биохимические исследования по показаниям, но не реже 1 раза в месяц. Частота обострений во многом зависит от четкости медикаментозного лечения после выписки из стационара. Детям с нефротической и смешанной формой ГН длительно назначают преднизолон в поддерживающей дозе, курантил, фениллин, азатиоприн или хлорбутин.

Если ребенок длительно получал преднизолон, его отмена может резко ухудшить состояние больного. Снижать дозу нужно постепенно и только по назначению врача и лучше в стационаре. Часто в поликлинических условиях детям назначают преднизолон на 3 дня в неделю. Важно помнить, что в это время присоединение интеркуррентных заболеваний может быть опасным для жизни, поэтому преднизолон в период болезни дают каждый день. При длительном приеме преднизолона необходимо следить за АД и содержанием сахара в крови. При появлении болей в животе проводится исследование кала на скрытую кровь (1 раз в 7—10 дней). Абсолютным противопоказанием к лечению преднизолоном являются язвенная болезнь, панкреатит, сахарный диабет, туберкулез, почечная недостаточность, нарушение психики.

Цитостатики (азатиоприн, хлорбутин) в домашних условиях дети получают в половинной дозе. Каждые 7—10 дней им проводят анализ крови, мочи. При уменьшении количества лейкоцитов до 3 000, тромбоцитов до 100 000 препараты отменяются до ликвидации вышеуказанных изменений крови. Важно следить за глазным дном, функцией печени, почек.

Для предупреждения обострений гломерулонефрита важно своевременно выявлять и лечить хронические очаги инфекции, включая и кариес зубов. ЛОР-врачом дети осматриваются не реже 1 раза в 6 месяцев, стоматологом — ежеквартально.

Весной и осенью следует проводить противорецидивную лечение: бициллин-5 один раз в три недели, витамины С, В₁, В₂, В₆, Р, РР, никотиновая кислота в возрастных дозировках.

Во время присоединения интеркуррентной инфекции назначается курс антибактериальной терапии на 7—10 дней, витамины, гипосенсибилизирующие препараты. После курса антибиотиков желательно введение бициллина на 3—4 недели. Анализ мочи в это время проводится 1 раз в 5—7 дней.

Таким образом, целью диспансеризации является: продолжение лечения, рекомендованного стационаром; предупреждение обострений процесса; сезонная профилактика; лечение в период интеркуррентных заболеваний; выявление и санация очагов инфекции; оценка активности процесса; оценка функции почек; лечение в случае обострения; санаторно-курортный отбор.

Санаторное лечение проводится только в местных санаториях, направляются дети в стадии полной клинико-лабораторной ремиссии, сохраняющейся не менее 6 месяцев без нарушения функции почек.

При сохранении полной ремиссии в течение 5 лет ребенка можно снять с диспансерного учета, но после тщательного контроля функций почек, проведенного в стационаре.

ПИЕЛОНЕФРИТ. Пиелонефрит — инфекционно-воспалительное заболевание с поражением почечной ткани и лоханок. Девочки болеют пиелонефритом в пять раз чаще, что связано с анатомо-физиологическими особенностями (широкая и короткая уретра, ее близость к анальному отверстию). Считается, что в грудном возрасте пиелонефритом болевают столько же детей, сколько во все последующие 14 лет. У половины взрослых пиелонефрит начинается в детском возрасте, причем у большинства из них в

последующем в течение многих лет наблюдается стойкая клиничко-лабораторная ремиссия.

Этиология. Пиелонефрит у детей грудного возраста чаще вызывается стафилококком — особенно после отита, фурункулеза, пневмонии, сепсиса, у детей старшего возраста — кишечной палочкой. В последние годы из мочи больных пиелонефритом все чаще высевают смешанную флору, протей, синегнойную палочку. Инфекция проникает в почку гематогенным путем и восходящим по просвету мочевых путей. Лимфогенный путь оспаривается.

Для возникновения пиелонефрита важны следующие факторы: вирулентная и достаточно массивная инфекция; нарушение оттока мочи; изменение реактивности организма и микроциркуляции почек; снижение неспецифического иммунитета.

К л и н и к а. Пиелонефрит бывает первичным и вторичным, который развивается на фоне различных аномалий мочевой системы с нарушением оттока мочи. Наиболее частыми причинами нарушения пассажа мочи являются: сужение мочеточников, уретры, добавочные сосуды, рефлюксы, уретероцеле, дивертикул мочевого пузыря, сдавливание мочевых путей опухолью, камнем. При первичном пиелонефрите урологического субстрата и нарушения оттока мочи не бывает.

Для острого первичного пиелонефрита характерно: высокая лихорадка, боль в пояснице, животе, мочевой синдром (бактериоурия, лейкоцитурия). Заболевание начинается с озноба, температура повышается до 39—40°, больные жалуются на недомогание, головную боль, слабость, разбитость, отсутствие аппетита, жажду, тошноту, а иногда рвоту.

У детей раннего возраста преобладают симптомы интоксикации, диспептические явления, анорексия, похудание, плохая прибавка в весе, возбуждение, менингеальные симптомы. У больных нарушается водно-солевой обмен, что приводит к быстрому обезвоживанию вплоть до коллапса. Подобная клиника наблюдается при ряде других инфекционно-воспалительных заболеваний, поэтому распознавание острого пиелонефрита у них особенно сложно. Ошибочные диагнозы: сепсис, острый энтероколит, грипп, менингит.

Если ребенок болеет более года, выставляется диагноз хронического пиелонефрита. Клиническая картина обычно стерта. Дети жалуются на боли в пояснице или животе, которые возникают периодически и носят ноющий характер, иногда боли могут усиливаться. Часто дети отстают в физическом развитии, бледны, по утрам под глазами по-

являются небольшие отеки, периодически может подниматься температура без катаральных явлений. В анамнезе у этих детей частые простудные заболевания, болезни почек у родственников, наличие хронических очагов инфекции. Диагноз подтверждается лабораторными исследованиями. В анализах мочи находят лейкоцитурию (у мальчиков более 4—5, у девочек более 8—10 в поле зрения). При отсутствии лейкоцитурии или при микролейкоцитурии в общих анализах мочи применяют количественные методы: Нечипоренко (N 2—4 тыс. лейкоцитов в 1 мл мочи), Каковского—Аддиса (N 2 и более млн. лейкоцитов в суточной моче). Среднюю порцию мочи исследуют на бактериоурию. Истинной бактериоурией считается выделение 100 и более тысяч микробных тел в 2—3 анализах мочи. Это исследование имеет диагностическую ценность, если сбор мочи на анализ проведен до назначения антибактериальной терапии.

Чтобы результаты исследования мочи были качественными, необходим правильный ее сбор. Мочу для анализов собирают утром. Способ «средней струи» в последнее время получил наибольшее распространение и при общих анализах мочи, так как при этом предотвращается попадание патологических примесей из наружных половых органов. Перед собиранием мочи проводится тщательный туалет наружных половых органов. Мочу собирают в чистую сухую посуду. Для сбора «средней струи» у детей грудного возраста ускоряют мочеиспускание, для чего предварительно дают ребенку выпить кипяченой воды, а затем подвергают его кратковременному охлаждению (развернув на короткое время). Необходимо помнить, что чем меньше промежуток времени между взятием мочи и ее исследованием, тем точнее анализ.

Средняя порция мочи собирается и для исследований мочи по Нечипоренко, далее ведется подсчет лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров в 1 мл мочи. Для исследования мочи по Какровскому—Аддису ее собирают за сутки, ребенка тщательно подмывают перед каждым мочеиспусканием, а собранную мочу хранят в закрытой посуде в холодильнике.

Мочу на анализ собирать не следует, если при осмотре слизистых вульвы отмечена гиперемия. В этих случаях следует вылечить вульвит и только после исчезновения красноты собирать мочу на анализ.

Сбор мочи на пробу Зимницкого проводится через каждые 3 часа в течение суток, начиная с 6 часов утра (пер-

всё порция мочи после ночи не учитывается). Пищевой и водный режим в день взятия пробы обычный.

Для исследования функций почек (выделительной, концентрационной) по пробе Зимницкого суточный диурез должен быть не менее 70% от выпитой жидкости. Дневной диурез должен преобладать над ночным в соотношении 3:1, колебания удельного веса в отдельных порциях не менее 7. Если хоть одна порция имеет удельный вес 1020 и выше, можно считать, что концентрационная функция почек в норме. Уровень мочевины и кератинина крови (N 0,088 ммоль/л) характеризует азотовыделительную функцию почек.

Одним из основных диагностических критериев пиелонефрита являются рентгенологические изменения в почках. Экскреторная пиелография и цистография проводятся в стационаре. Сегодня правильный диагноз невозможен без R-урологического обследования, т. к. другим путем anomalies мочевой системы выявить не удастся. Запоздалое проведение R-урологического обследования может привести к задержке хирургической коррекции, излишней неэффективной антибактериальной терапии.

Радиоизотопная ренография проводится в поликлинических условиях, помогает уточнить секрецию и экскрецию почек справа и слева. Эхография позволяет исключить наличие камней, нарушающих отток мочи, и грубых морфологических изменений перенхимы почек.

Таким образом, для постановки диагноза пиелонефрита надо учитывать основные и дополнительные критерии в диагностике пиелонефрита. К основным относятся: 1. Анамнез (следует узнать, не было ли у ребенка лихорадки без катаральных явлений и очагов инфекции, болей в животе и спине неясной этиологии, дизурических явлений — частые или редкие мочеиспускания, болезненность при мочеиспускании, ночной энурез, дневное недержание мочи). 2. Патологическая лейкоцитурия в общих и количественных анализах мочи, повторяющаяся неоднократно. 3. Истинная бактериурия (100 и более тысяч микробных тел). 4. Нарушение функции почек, выявленное при помощи пробы с хлоридом аммония, клиренса эндогенного креатинина, радиоизотопным методом. 5. Морфологические изменения по данным R-урологического исследования, биопсии.

Дополнительные критерии: бледность, отечность лица, анорексия, диспептические явления, отставание в физическом развитии, гематурия, анемия, лейкоцитоз, увеличение артериального давления.

Для постановки диагноза пиелонефрита необходимо

наличие не менее трех из пяти основных критериев и двух-трех дополнительных.

Лечение и уход. Лечение детей с острым пиелонефритом должно проводиться в условиях стационара. Диета при пиелонефрите без повышения АД и без нарушения функции почек соответствует возрасту, с исключением острых и маринованных блюд, консервов, копчений, специй, солений, экстрактивных веществ, крепких бульонов, лука, чеснока. Эту диету дети должны соблюдать после исчезновения признаков заболевания в течение года.

Широкое распространение получила картофельная диета, применяемая в острый период, особенно у детей с оксалурией. До 1500 г картофеля готовят отварным или жареным, со сливочным маслом или растительным. Прием жидкости увеличивают, если нет нарушения выделения мочи. Назначают клюквенный или брусничный морс, отвар кураги, груш, настой шиповника, хлебный квас, яблочный, грушевый, виноградный соки, компоты, кисели, чай, щелочные минеральные воды (Смирновская, Славяновская, Нафтуса).

Широко рекомендуются арбуз, ягоды и фрукты, богатые витамином С и обладающие мочегонным действием.

Для подавления микробной флоры назначают антибактериальную терапию. Лечение начинается с антибиотиков по 10—12 дней, 1—2 курса. Антибиотиками выбора являются пенициллин (50—100 ед. на кг), оксациллин, ампициллин, метициллин, цепорин (50—200 мг на кг), эритромицин (20—40 мг на кг веса), левомицетин (50 мг на кг), при отсутствии эффекта — гентомицин (2—5 мг на кг). В тяжелых случаях антибиотики можно комбинировать. Затем назначаются поочередно антибактериальные препараты: фурагин (8—6 мг/кг), невигамон (50—60 мг/кг), 5-НОК или нитроксолин (8—10 мг/кг), бисептол, этазол и сульфаниламиды пролонгированного действия. Каждый препарат дается 10—14 дней, курс лечения 3—6 месяцев при остром и 6—9 месяцев при хроническом пиелонефрите.

По исчезновении острых явлений антибактериальная терапия проводится дома, а медицинская сестра должна следить за выполнением назначений врача. Она убеждает родителей в необходимости длительного и терпеливого лечения пиелонефрита. После непрерывного курса антибактериальной терапии назначаются прерывистые курсы, когда 7—15 дней в месяц ребенок получает препараты, а в остальные дни — травы, минеральную воду, арбуз. В последние годы родители охотно лечат детей травами, но очень важно знать их действие: противовоспалительное — зверо-

бой, подорожник, чистотел, календула; усиливают эпителизацию — шиповник, бессмертник, роза, брусника; антисептическое — подорожник, зверобой, ромашка, шалфей, толокнянка; мочегонные — петрушка, укроп, шиповник, березовые почки, брусника; улучшают почечный кровоток — овес, спаржа; литолитическое — арбуз, укроп, брусника, петрушка; укрепляют сосудистую стенку — тысячелистник, крапива, рябина. Травы следует чередовать каждые 10—14 дней, учитывать их эффективность.

После выписки из больницы уход за больным включает в себя: организацию режима и диетотерапии в зависимости от стадии заболевания, учет выпитой и выделенной жидкости, подготовку и забор материала (мочи и крови) для лабораторного исследования. Комната, где живет ребенок, должна быть светлой, хорошо проветриваемой, температура не ниже 20—22°C. Нужно следить за гигиеной ребенка, продолжительностью его ночного сна (не менее 11—12 часов) и обязательным дневным отдыхом в постели в течение 1,5—2 часов.

Профилактика заключается в эффективном и своевременном лечении острых заболеваний, в санировании хронических очагов инфекций, закаливании, в устранении причин, нарушающих нормальный отток мочи. Медсестра должна иметь определенную настороженность в отношении детей группы риска. К этой группе относятся дети с неблагоприятной наследственностью (заболевания почек у родственников), родившиеся от матерей с патологией беременности и профессиональными вредностями до и во время беременности (работа с табаком, лако-красочными изделиями и др.), часто болеющие дети. Важно, чтобы медсестра напоминала родителям о необходимости анализа мочи после выписки из родильного дома, а также после проведения профилактических прививок и в период интеркуррентных заболеваний.

Диспансеризация. Медицинская сестра помогает врачу осуществлять план оздоровления больного с пиелонефритом, следит за проведением долечивания и поддерживающей терапии по рекомендациям стационара. При наложении интеркуррентной инфекции в период полной ремиссии детям назначают 7—10-дневный курс антибактериальной терапии. Ребенок, перенесший острый пиелонефрит, освобождается от прививок на 3 года, а при хроническом пиелонефрите прививки не показаны вообще. Большое значение имеет организация восстановительного лечения, повышение общей реактивности, воздушные ванны (инсоляция противопоказана), сон на воздухе, утрення

гимнастика, закаливание в летний период (с осторожностью детям до 5 лет и реконвалесцентам по ОРВИ).

ЦИСТИТ. Цистит — воспаление мочевого пузыря. Этиология. Возбудители цистита — кишечная палочка, стафилококк, протей, стрептококк и др.

Клиника. Цистит встречается в 3 раза чаще у девочек, чем у мальчиков. Это связано с анатомо-топографическими особенностями: короткая уретра, близкое расположение влагалища и ануса к отверстию мочеиспускательного канала. Основными симптомами острого цистита у детей являются боли внизу живота, учащенные болезненные мочеиспускания, наличие гноя (лейкоцитурии) в моче. Боли усиливаются в конце мочеиспускания, моча мутная. При пальпации надлобковой области нередко отмечается болезненность. У детей младшего возраста может повышаться температура; наблюдается гематурия, незначительно увеличивается белок в моче. При хроническом цистите клиника стертая, раньше других проявляются дизурические явления, пиурия и бактериурия. В установлении диагноза помогает цистоскопия. В последующие месяцы дизурические явления усиливаются, сопровождаются дневным недержанием мочи и энурезом, незначительной пиурией. Иногда дети жалуются на боли внизу живота. В общих анализах мочи периодически выявляется от 10—15 до 100 лейкоцитов в поле зрения, следы белка, большое количество слизи. У 50% девочек хронический цистит сопровождается вульвитом и вульвовагинитом, довольно часто пиелонефритом, пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

На цистоуретрограмме во время мочеиспускания у многих больных контуры мочевого пузыря неровные. На экскреторной урографии выявляется гипотония мочеточников.

Течение заболевания рецидивирующее, рецидивы часто возникают после перенесения ОРВИ, переохлаждения.

Лечение и уход. При остром цистите или обострении хронического показан строгий постельный режим, из пищевого рациона исключают острые и раздражающие блюда, увеличивают объем принимаемой жидкости. Для усиления диуреза назначают почечный чай, толокнянку. На область мочевого пузыря рекомендуется тепло. Антибиотики широкого спектра действия (олететрин, метициллин и др.) сочетают с нитрофурановыми препаратами (фурагин, фурадонин) или сульфаниламидами (этазол и др.), 5-НОК, невидирамон. Срок лечения не менее 4 недель. Уротропии и инстиляции мочевого пузыря при остром цистите противопоказаны.

При хроническом цистите основное внимание уделяется лечению воспалительного процесса и его осложнений. Вышеуказанные антибиотики назначают в сочетании с другими антибактериальными препаратами, принимаемыми внутрь. Антибактериальные препараты принимают курсами по 7—10 дней. Длительность антибактериальной терапии определяется ее эффективностью: при отсутствии рецидива цистита и нормализации мочи (разовый и суточный анализы) лечение отменяют. При вторичном цистите (развивается на фоне пиелонефрита) ряд авторов рекомендует антибактериальное лечение от 3 месяцев до 1—2 лет. Важное место в комплексной терапии занимает местное лечение. При катаральном и геморрагическом цистите рекомендуются инстилляции 5—10% синтомициновой эмульсии, шиповникового или облепихового масла. При буллезном, гранулярном, буллезно-фибринозном цистите в мочевой пузырь вводят растворы нитрата серебра по 20—30 мл ежедневно в течение 10—15 дней. Всем больным назначают витамины В₁, В₆, С, микроволновая физиотерапия, СВЧ, УВЧ, магнитотерапия на область мочевого пузыря.

В уходе за ребенком необходимо обеспечить режим частых мочеиспусканий (через 1,5—2,5 часа), что предотвращает скопление инфицированной мочи в мочевом пузыре, предупреждает развитие пиелонефрита. Ребенок должен тепло одеваться, особенно после тепловых процедур, не охлаждать ноги, не носить синтетические носки, чулки, обувь.

Профилактика цистита включает в себя мероприятия, укрепляющие организм (режим дня, отдыха, прогулки на свежем воздухе, утренняя гимнастика, занятия физкультурой). Важно исключить переохлаждение, переутомление, гиповитаминоз, длительную задержку мочи в мочевом пузыре, неблагоприятное воздействие химических веществ и ядов на стенку мочевого пузыря.

Диспансеризация детей с циститом проводится в течение 3-х лет. Долечивание детей в поликлинике включает проведение антибактериальной терапии препаратами, к которым выявлена чувствительность флоры мочи. Медсестра следит за проведением физиотерапевтического лечения при хроническом цистите по рекомендациям нефролога, педиатра и физиотерапевта. В промежутках между курсами антибактериальной терапии проводится фитотерапия (см. Пиелонефрит). В случае стойкой клинико-лабораторной ремиссии хронического цистита детям назначают травы на 4—6 недель. По окончании курса лечения проводится контрольная цистоскопия.

АЛЛЕРГИЯ БЫТОВАЯ. **Этиология.** Играют роль следующие факторы: краски, лаки, стиральные порошки, ядохимикаты; перо подушки, домашняя пыль; эпидермальные аллергены: шерсть домашних животных — кошки, собаки, овцы, кролика, перхоть лошади; пыльцевые — рожь, амброзия, полынь, табак, тополиный пух, лебеда, тимофеевка, береза, ольха и др. Эти виды аллергии развиваются чаще на фоне пищевой и лекарственной аллергии, т. е. в более старшем возрасте отмечается полисенсibilизация. Бытовая аллергия проявляется в основном симптомами со стороны органов дыхания и кожи (клинику, лечение и уход, профилактику см. в разделах «Аллергия респираторная», «Анафилактический шок», «Крапивница»).

АЛЛЕРГИЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ. **Этиология.** Развивается при использовании антибиотиков (пенициллин, цефалоспорины, тетрациклин и др.), сульфаниламидов (бисептол, бактрим), витаминов (особенно В₁), барбитуратов, амидопирин, нитрофурановых препаратов, бутадiona, индометацина, бруфена, аспирина. Нередки аллергические реакции при введении йодсодержащих препаратов, инсулина, γ -глобулина, плазмы крови и ее заменителей. Развитию лекарственной аллергии способствует одновременное назначение нескольких препаратов, передозировка их, злоупотребление одним и тем же лекарством. У детей раннего возраста в развитии лекарственной аллергии играет роль внутритробная сенсibilизация при употреблении беременной женщиной лекарств или профессиональный контакт с ними (Потемкина А. М., 1980). Развитию лекарственной аллергии может способствовать несоблюдение медицинским персоналом необходимых правил использования инструментов, кипячение их в отделении, использование шприцов из-под антибиотиков и витаминов для введения других лекарств, неправильная обработка инструментов и т. д.

Клиника. Анафилактический шок, крапивница, отек Квинке, бронхоспазм, бронхиальная астма, лихорадка, ал-

аллергический ринит, медикаментозный дерматит, эозинофилия, боли в суставах, тошнота, рвота, понос.

Лечение и уход. Немедленно отменить медикамент, на который появилась аллергия. Назначить антигистаминные препараты на 7—14 дней, обильное питье. Медсестра тщательно разъясняет родителям недопустимость повторных приемов медикаментов, вызвавших аллергическую реакцию, т.к. следующая аллергическая реакция всегда протекает тяжелее предыдущей. В медицинских документах (история развития болезни) на первой странице делается отметка об аллергии ребенка к определенному препарату. Конкретные мероприятия по уходу зависят от вида проявлений (см. Анафилактический шок, Крапивница, Поствакцинальные аллергические осложнения).

АЛЛЕРГИЯ ПИЩЕВАЯ (АП). Является ведущей у детей раннего возраста, развивается рано, иногда с первых месяцев жизни.

Этиология нередко наследственно обусловлена (имеются аллергические проявления разного характера у родителей). Наиболее часто АП возникает при употреблении шоколада, меда, рыбы, клубники, земляники, яиц, но возможно и развитие непереносимости к продуктам повседневного питания: коровьему молоку, сахару, яблокам, моркови, пшеничной муке, картофелю, гречневой крупе, мясному бульону. Обычно отмечается аллергия к нескольким продуктам.

Клиника. АП проявляется в виде дерматита (особенно ушных раковин и слухового прохода), экземы, строфулюса, крапивницы, отека Квинке, аллергического ринита, а иногда и бронхита, трахеита, бронхиальной астмы (Потемкина А. М., 1983).

Довольно часто при непереносимости того или иного продукта у детей 1-го года жизни возникают срыгивания, рвота, метеоризм, учащенный жидкий стул со слизью или, наоборот, склонность к запорам. Дети старшего возраста жалуются на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, по всему животу, на тошноту, изжогу, вздутие живота (страдает весь желудочно-кишечный тракт). Прием аллергенных продуктов может вызвать афтозное или язвенное поражение полости рта (гингивит, стоматит).

Диагностика. Аллергологический анамнез: выявить наличие у больного других аллергических заболеваний, имеются ли аллергические проявления у родственников, течение беременности у матери, характер ее питания и профессиональные вредности. Попытаться выявить методом опроса виновный аллерген. Исключить хрониче-

ские очаги инфекции и заболевания желудочно-кишечного тракта (как поддерживающие аллергию). Научить мать вести пищевой дневник, куда ежедневно записывать наименование и количество продукта, способ кулинарной обработки и симптомы, возникающие после приема аллергена, степень выраженности и время приема продукта. Исключить из пищевого рациона подозреваемый аллерген. В период ремиссии через 7—10 дней после острого периода сделать кожные пробы и др. тесты, которые производятся аллергологом для точного выяснения виновного аллергена.

Лечение и уход. Исключить облигатные аллергены: яйца, рыбу, шоколад, кофе, какао, орехи, мед, икру, овощи, фрукты, ягоды, имеющие оранжевую и красную окраску — морковь, клубнику, землянику, курагу, малину, цитрусовые и др. Рационально вскармливать детей первого года жизни (не перекармливать, не увеличивать концентрацию порошка при приготовлении смеси, не давать соки в объемах, превышающих возрастную норму). По возможности сохранить естественное вскармливание, которое обеспечивает высокий уровень иммунологической защиты. Вводить в рацион кисломолочные продукты — ацидофильную смесь «Малютка», кефир, биолакт, бифиллин, которые обладают антибактериальными свойствами и способствуют нормализации нарушенного биоценоза кишечника (по 10—15—30 мл перед прикладыванием к груди, а у детей старше 6 месяцев замена 1—2 грудных кормлений кисломолочными продуктами). Если ребенок находится на искусственном или смешанном вскармливании, перевести его полностью на кисломолочные продукты (адаптированные); в тяжелых случаях — миндальное или соевое молоко на 1—2 месяца. Соки вводить в обычные сроки, но очень осторожно, начиная с капель, лучше натуральные, предпочтительнее соки из зеленых сортов яблок. Фруктовое пюре с 1,5—2 месяцев (из яблок, белой смородины, светлых сортов черешни, груш), начиная с 5,0 и до 30,0—50,0. В качестве питья — кипяченая вода без добавления сахара. Овощные отвары и шиповник осторожно, желток не назначать в течение 1-го года жизни, а затем можно попытаться его ввести. Старшим детям дается яйцо, сваренное вкрутую, через день.

Первый прикорм (в виде овощного пюре) с 3—3,5-месячного возраста начинать с 1 чайной ложки и постепенно, за неделю, увеличить до 130—150 г (лучше из кабачков или белокочанной капусты); через 10 дней можно ввести второй продукт — картофель, предварительно замочив его на 12—18 часов, затем цветную капусту, тыкву, свеклу

(постепенно, осторожно). В овощное пюре можно добав-
лять растительное масло.

Второй прикорм — каши. Назначать с 4-х месяцев. Пред-
почтительнее рисовая, овсяная или перловая, при хорошей
переносимости — гречневая. Крупы предварительно зама-
чивать на 12—18 часов. Можно добавлять сливочное мас-
ло, когда ребенок хорошо усвоил прикорм. Творог не ре-
комендуется. Мясо (тощая свинина, кролик, индейка, цып-
лята) можно назначать с 5 месяцев (К. С. Ладодо, 1984).
Мясо подвергают двойному вывариванию. Мясные бульо-
ны полностью исключают.

Третий прикорм лучше дать в виде овощного пюре, а
не молока или кефира. При эффективности проводимой
диетотерапии у детей с пищевой аллергией уменьшаются
или исчезают симптомы дерматита, диспептические явле-
ния, улучшается тургор тканей, ребенок становится спо-
койней, лучше спит. Для детей старшего возраста, помимо
исключения возможных аллергенов, запрещаются острые
блюда и пряности (сельдь, горчица, перец, уксус, чеснок,
хрен, редька, редиска, майонез и др.), консервы, копче-
ности, мясо утки, гуся, печень, сердце, почки, мозги, креп-
кие бульоны, жареные блюда, уменьшается соль до 2—
3 г в сутки, молока до 300,0 мл (только в виде кисломо-
лочных продуктов), сахар, мучные изделия. Такая диета
должна соблюдаться в течение 2—3 недель, а затем ис-
ключенные продукты осторожно вводят в пищу один за
другим (с промежутком 4—5 дней каждый). Целесообразно
обследование детей на глисты и лямблии, которые под-
держивают пищевую аллергию. Имеет смысл проведение
антигистаминной терапии в течение 2—3 недель (димедрол,
супрастин, тавегил, пипольфен и др., в чередовании).

В острый период, если после приема аллергенной пищи
состояние ребенка ухудшилось, следует по возможности
провести промывание желудка теплой водой для выведе-
ния аллергена. Проводить мероприятия, направленные на
уменьшение кожного зуда. Помимо применения антигиста-
минных препаратов (см. Крапивница), ребенку следует про-
тирать кожу ментоловым спиртом, коротко подстригать ему
ногти, часто мыть руки (профилактика гнойных осложне-
ний). Медсестра должна объяснить матери, что при нали-
чии дерматита необходимо тщательно оберегать кожу ре-
бенка от контакта с мехом, шерстяными, ворсистыми и ис-
кусственными тканями, перьями. Постельное белье шьют
только из льняных и хлопчатобумажных тканей, которые
хорошо стираются и проглаживаются.

Если имеются корки на волосистой части головы и ли-

це, их можно размягчить теплым растительным маслом, а затем осторожно снять (нельзя сдирать корки с кровоточащей поверхности) и помыть волосы с мылом. Нельзя употреблять шампунь, лучше пользоваться детским мылом, лишенным всяких примесей. На мокнущие экзематозные поверхности прикладывают различные примочки: 0,25% р-р нитрата серебра или болтушку (окись цинка и тальк по 15 г, глицерин 20 г, дистиллированная вода 100 мл). Если кожа сухая и потрескавшаяся, имеет смысл смазать ее облепиховым или шиповниковым маслом, витамином А прокипяченным растительным маслом. Хорошим эффектом обладают гормоносодержащие мази (синолар, преднизолон, фторокорт, лакокортен и др.), но слишком часто и длительно употреблять их нельзя. И только в экстренных, крайне тяжелых ситуациях применяют гормоны (преднизолон) внутрь или парентерально.

Медицинская сестра должна следить, чтобы поддерживалась идеальная чистота белья (стирать только с мылом, не с порошком), т. к. имеется опасность инфицирования мокнущих поверхностей. При присоединении гнойной инфекции показаны антибиотики. Участковая медсестра обязана помнить, что в период обострения дерматита все виды прививок противопоказаны.

АЛЛЕРГИЯ РЕСПИРАТОРНАЯ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ. Этиология. Вдыхание различных аллергенов, воздействие пыли, холодного воздуха, инсектицидов, предметов бытовой химии, пыльцы растений.

Клиника. Жжение, зуд в носу, иногда упорное чихание, обильное выделение слизи из носа и затруднение носового дыхания из-за отека слизистой оболочки носовых ходов. Указанные симптомы появляются внезапно и быстро исчезают, иногда могут сохраняться несколько часов и даже дней. Нередко ринит сочетается с конъюнктивитом. Самочувствие ребенка не ухудшается, температура остается нормальной. Следует постараться выявить причину и в случае полиноза определить, к какому виду цветочной пыльцы имеется непереносимость. В этих случаях прекращение контакта с аллергеном приводит к исчезновению симптомов.

Лечение и уход. Антигистаминные препараты внутрь (см. Крапивница), удаление слизи из носа ватным или марлевым фитильком и закапывание в нос сосудосуживающих средств (0,1% р-р адреналина или 5% р-р эфедрина, галазолин и др.).

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (БА) является наиболее типичным представителем респираторных аллергозов.

Этиология. У детей первого года жизни в возникновении заболевания основное значение имеет пищевая и вакцинальная аллергия; на втором году — повторные ОРВИ, бронхиты, пневмонии, хронические очаги инфекции в носоглотке, непереносимость лекарственных препаратов; у детей старше 4—5 лет большую роль играет пыльцевая и бытовая сенсибилизация. Нередко приступы провоцируются нервными стрессами, метеорологическими перепадами, физическими перегрузками. В большинстве случаев заболевание генетически детерминировано.

Клиника. БА характеризуется спазмом бронхов, отеком слизистой бронхов, выделением жидкого секрета в просвет бронхов. Приступы возникают в любое время суток, но чаще ночью и проявляются состоянием удушья с затрудненным и удлиненным выдохом (экспираторная одышка). Ребенок крайне беспокоен, бледен, испытывает чувство страха, занимает вынужденное положение. Дыхание становится шумным, свистящим, сопровождается упорным и мучительным кашлем с вязкой, плохо откашливаемой мокротой, которую дети заглатывают, что приводит к рвоте. Постепенно нарастает цианоз губ, носогубного треугольника, лица, конечностей, слышны на расстоянии свистящие и жужжащие хрипы, грудная клетка эмфизематозна, вздута, при перкуссии — тимпанит, аускультативно — масса сухих хрипов. Приступ может продолжаться от 30 минут до нескольких часов и суток, переходя в астматический статус. В указанных случаях требуется срочная или интенсивная терапия. У детей первых двух лет жизни астматическое состояние протекает под маской бронхита или пневмонии, осложненной обструктивным синдромом. Во время приступа медсестра прежде всего должна обеспечить спокойную обстановку вокруг больного, не допускать паники, громких разговоров, стараться отвлечь внимание ребенка, рассказать или почитать сказку и т. д. Больному предлагают удобное положение — сидячее или полусидячее, расслабляют стесняющую дыхание одежду, открывают окно или форточку, категорически запрещается курение в квартире.

Лечение и уход. При легком приступе: ингаляции 1% р-ра изадрина, 1% р-ра новодрина или эуспирина (0,5—1 мл на одну ингаляцию), 2% р-ра алулента (5—10 вдыханий), солутана — 0,3—0,5 мл на ингаляцию; для детей до года — 2—5 капель указанных растворов на 5 мл

изотонического раствора хлорида натрия (на одну ингаляцию).

При беспокойстве: настойка (на один прием столько капель, сколько лет ребенку) или драже (1/2—1 шт.) вальерианы, триоксазин, тазепам, эленнум (1/2—1 табл.). Антигистаминные препараты: 1% р-р димедрола, 2,5% р-р пипольфена или 2% р-р супрастина — 2 мг/кг массы тела в/в или в/м 10% р-р глюконата кальция в/м или в/в: до года 2 мл. 2—7 лет 4—6 мл, 8—14 лет 8—10 мл. Но-шпа: 1—2 года 0,25—0,5; 3—7 лет 0,5—1,0; 8—14 лет 1—1,5 мл в/в или в/м. Адреналина гидрохлорид 0,1% р-р 0,15—0,25—0,75 мл в зависимости от возраста, п/к. При нарастании признаков удушья — эуфиллин 2,4% р-р 1 мл на год жизни, но не более 10 мл в/в в 10—20 мл 5% глюкозы. При тяжелой дыхательной недостаточности и неэффективности всех предыдущих мероприятий — преднизолон: 1 мг/кг в/в струйно или капельно. При состоянии, угрожающем жизни (острая надпочечниковая недостаточность, коллапс, асфиксия), доза преднизолона увеличивается до 5—15 мг/кг. Если ребенок очень возбужден, беспокоен — ГОМК 100—150 мг/кг или дроперидол 0,2 мл/кг в/м или в/в. Строфантин 0,05% р-р, до года 0,1; 2—7 лет 0,15—0,2; 8—14 лет 0,2—0,3 мл или коргликон 0,06% р-р, до года 0,1 мл; 2—4 года 0,2—0,3; 5—8 лет 0,3—0,5; 9—14 лет 0,5—0,75 мл в/в на глюкозе. Госпитализация при тяжелых и среднетяжелых приступах обязательна в соматическое или инфекционное отделение, а при очень тяжелом состоянии — в реанимационное.

Профилактика. Выявление виновного аллергена и разобщение с ним. Специфическая и неспецифическая десенсибилизация.

Диспансеризация. Медсестра должна информировать родителей о том, что снятие приступа не означает излечение от заболевания. Очень большое значение имеет лечение в межприступный период, что в большой степени определяет прогноз. В межприступный период чрезвычайно важно провести лечение инталом, гистоглобулином, ликвидировать хронические очаги инфекции, регулярно заниматься дыхательной гимнастикой и закаливающими процедурами. Дети должны находиться под наблюдением аллерголога, который после выделения конкретного аллергена проводит мероприятия по специфическому лечению.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК (АШ). Этиология. Развивается при введении в организм лекарственных препаратов, рентгеноконтрастных веществ, проведении профилактических прививок и даже при проведении специфич-

ческой диатностики и гипосенсибилизации (кожные тесты), укусах пчел.

Клиника АШ может начинаться с кратковременных (от нескольких секунд до часа) продромальных явлений, когда появляется чувство жара, покраснение лица и гиперемия склер, беспокойство, возбуждение или, наоборот, вялость, депрессия, страх смерти, головная боль, боль в области сердца. На коже часто высыпает разнообразная зудящая сыпь, обычно уртикарная, появляются отеки типа Квинке, слезотечение, заложенность носа, сухой спастический кашель, спастические боли по всему животу, тошнота, диарея, рвота. Снижается АД. Состояние прогрессивно ухудшается, иногда лицо становится цианотичным, черты его заострены, кожные покровы покрываются холодным липким потом. АД падает еще ниже, тоны сердца — глухие, пульс нитевидный. При молниеносном развитии АШ у больного без продромы внезапно развивается тяжелый коллапс с потерей сознания, клонико-тоническими судорогами, парезами и параличами. Непроизвольная дефекация и мочеиспускание. При отсутствии своевременной терапии возможен летальный исход, однако и своевременная помощь не всегда может его предотвратить.

Лечение и уход. Создать спокойную обстановку, прекратить дальнейшее поступление аллергена в организм, хорошо проветрить комнату, тепло укрыть больного, обложить грелками, постоянно давать кислород. Осторожно удалить жало с ядовитым мешочком (после укуса пчелы). Если возможно, наложить жгут выше места инъекции (укуса). Место введения лекарства (укуса) обколоть 0,15—0,5 мл 0,1% р-ра адреналина и приложить лед. Уложить больного так, чтобы предотвратить западение языка и аспирацию рвотных масс. Через каждые 10—15 мин инъекции адреналина повторять (по 0,1—0,5 мл) до выведения из коллаптоидного состояния. Дополнительно в целях борьбы с сосудистым коллапсом рекомендуется ввести кордиамин (0,5—1,0 мл) или 10% кофеин (0,5—1,0 мл).

Непременным условием выведения ребенка из шока является в/в введение преднизолона (10—20 мг/кг и больше в сутки), адреналина или норадреналина, антигистаминных препаратов и кальция (см. Крапивница). Для уменьшения местной аллергической реакции можно применить одну из мазей с глюкокортикостероидами (синалар, лаккортен, флуцинар и др.). При буллезной сыпи асептически вскрыть пузырь и обработать поверхность перманганатом калия.

При судорожном синдроме ввести в/в седуксен: детям до года 0,3—0,5 мл; до 3-х лет 0,7—1,0 мл; до 7 лет 1—1,5

мл; старше 7 лет 1,5—2,0 мл в/м или в/в; дроперидол: 0,25% р-р 0,3 мл/год жизни в/в в 20 мл 5—20% р-ра глюкозы или ГОМК 20% р-р (в 1 мл — 200 мг) 50—150 мг/кг массы тела. При наличии бронхоспазма в/в ввести 2,4% р-р эуфиллина из расчета 1 мл на год жизни, но не больше 8—10 мл. Лечение следует проводить в стационаре, но транспортировка в больницу допустима только после выведения больного из угрожаемого для жизни состояния. В каждом медицинском учреждении должна быть противошоковая аптечка. В состав противошоковой аптечки входят: 2 жгута, стерильные шприцы, 5—6 ампул 0,1% р-ра адреналина, супрастин или димедрол, или пипольфен, лазикс, кофеин, преднизолон, строфантин, мезатон, эуфиллин. Все дети в состоянии АШ подлежат госпитализации на срок не менее 7 дней (возможность поздних аллергических реакций и осложнений).

КРАПИВНИЦА — быстрое возникновение и распространение на коже зудящих волдырей. Этиология: пищевая, лекарственная, бытовая, пыльцевая аллергия; укусы пчел и др. насекомых, стиральные порошки, ядохимикаты и др. химические вещества, введение вакцин, сывороток, γ-глобулина; иногда непосредственной причиной крапивницы являются холодный воздух, холодная вода, мокрый снег, лед, реже воздействие солнечных лучей, перегревание; описан случай крапивницы у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, при психической травме. Нередко хроническая рецидивирующая крапивница отмечается у детей с глистной инвазией.

Клиника. Начало внезапное, появляется сильный зуд кожи, а затем гиперемированные участки сыпи, папулы разных размеров, пузырьки, иногда с геморрагическим содержимым. Элементы могут располагаться отдельно или сливаться и приобретать кольцевидные очертания. Возможны головная боль и повышение температуры до 38—39°C. Длительность острого периода от нескольких часов до нескольких суток. При отсутствии правильного лечения развивается хроническая рецидивирующая крапивница.

Лечение и уход. Прекратить поступление аллергена, промыть желудок, сделать очистительную клизму (при приеме аллергена внутрь). Ввести в/в или внутрь хлористый кальций: детям до 2 лет 10% р-р 0,5—1,0 мл; от 3 до 6 лет 2,0 мл; старше 6 лет 3—5 мл или по одной чайной, десертной, столовой ложке 2—3 раза в день. Ввести антигистаминные препараты: димедрол 1% р-р 0,5—0,7 мл до года, 1—1,5 мл старше года в/м или в/в; или внутрь — до года 0,002—0,005, от года до 6 лет 0,01—0,02, старше 6 лет

0,03—0,04 три раза в день; супрастин 0,005—0,006 до года, до 6 лет 0,006—0,01, старше 6 лет 0,01—0,02, или 2% р-р супрастина 0,3—0,5—1,0 мл в/м или в/в в зависимости от возраста; пипольфен 0,005 до года, от года до 6 лет 0,005—0,008, старше 6 лет 0,01—0,05 три раза в день или 2,5% р-р пипольфена по 0,2—0,6 мл в/в или в/м в зависимости от возраста; тавегил внутрь детям до 6 лет — 1/2 табл., старшим — 1 табл. 2 раза в сутки; диазолин 0,005—0,01 до года, от года до 6 лет 0,015—0,03, старше 6 лет 1/2—1 табл. 2—3 раза в день. В особо тяжелых случаях, а также при локализации отека в области гортани назначаются гормоны (преднизолон по 2—5 мг/кг массы в/м или в/в), сердечно-сосудистые препараты. Такие дети должны быть госпитализированы в реанимационное отделение.

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. Этиология. Поствакцинальные осложнения обычно возникают у детей с аллергической настроенностью, при врожденном иммунодефиците, в случае нарушения сроков вакцинации или дефектах хранения прививочных препаратов — АКДС, БЦЖ, коревой и оспенной вакцины (просроченный срок годности!).

К л и н и к а. Реакции могут развиваться немедленно, но чаще через 7 дней после прививки. По тяжести течения реакции варьируют от легких пирогенных и местных (повышение температуры до 37,5—38° или субфебрилитет, отек, гиперемия в месте инъекций, инфильтрат, регионарный лимфаденит, некроз мягких тканей) до тяжелых (анафилактический шок, отек гортани и общие отеки, аллергическая сыпь, астматический синдром, миалгии, боли в животе, головные боли, тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, судороги, потеря сознания, энцефалит, полирадикулоневрит, поражение сердца, почек, обострение латентной или хронической инфекции).

Л е ч е н и е и у х о д. Димедрол, супрастин, хлористый кальций, пипольфен внутрь или в/м или в/в — в зависимости от тяжести состояния (см. Крапивница). Аскорбиновая кислота внутрь по 0,05—0,15 или в/в, в/м 5% р-р 2—3 мл. В тяжелых случаях глюкокортикостероиды в/м или в/в (преднизолон 1—2—5 мг/кг массы в сутки), инфузионная терапия и посиндромное лечение в аллергологическом или реанимационном отделении стационара. Таким образом, лечение и уход зависят от тяжести состояния ребенка и особенности клинических проявлений (см. АШ, Крапивница и Отек Квинке).

П р о ф и л а к т и к а: строго придерживаться указаний врача в плане медотводов от прививок. При проведении прививок ребенок должен быть совершенно здоров.

СУДОРОЖНЫЕ И КОМАТОЗНЫЕ СОСТОЯНИЯ

СУДОРОГИ ПРИ МЕНИНГИТАХ И МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАХ. Развиваются в стадии выраженных клинических проявлений заболевания на фоне высокой температуры, головной боли, неоднократной рвоты, заторможенности или, наоборот, возбуждения. Определяется выбухание родничка, напряжение (ригидность) затылочных мышц, кожная гиперестезия (ребенок плачет, когда до него дотрагиваются, берут на руки), у детей старшего возраста — положительные симптомы Кернига и Брудзинского.

Судороги при менингоэнцефалитах длительнее, обычно повторяются, могут появиться признаки поражения черепно-мозговых нервов: косоглазие, птоз, парез лицевого нерва, нарушение глотания, гемипарезы, параличи, патологические рефлексy.

Лечение, уход, профилактика (см. Судороги при нейротоксикозе).

СУДОРОГИ ПРИ НЕЙРОТОКСИКОЗЕ. Этиология: вирусная, вирусно-бактериальная инфекция. Чаще у детей, травмированных в родах, при наличии в родах акушерских пособий, асфиксии, нарушениях мозгового кровообращения; на фоне гидроцефалии, тяжелого рахита, гипертензионного синдрома. К группе детей с повышенным риском по нейротоксикозу относятся также дети с аллергической настроенностью, часто болеющие кишечными заболеваниями и ОРВИ, уже перенесшие в прошлом нейротоксикоз и т. д.

Клиника. Токсикоз развивается внезапно или на 2—3-й день от начала заболевания. Температура повышается до $38,5-40^{\circ}$, ребенок становится беспокойным, отмечается тремор подбородка, рук, набухание и напряжение родничка, ригидность затылочных мышц, иногда рвота. Кожа лица в начале заболевания чаще гиперемирована. В тяжелых случаях появляются подергивание лицевой мускулатуры, клонические судороги, при прогрессировании процесса — взгляд ребенка отсутствующий, глазные яблоки отклоня-

ются в разные стороны, головка запрокидывается назад, распространенные клонико-тонические судороги свидетельствуют о поражении глубоких отделов мозга. Сердечные тоны резко учащены, вначале громкие, отчетливые, АД повышено, пульс частый, напряженный. Одышка, частота дыхания 60 и более в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, единичные сухие хрипы, иногда небольшое количество влажных хрипов. Если состояние продолжает ухудшаться, то возбуждение сменяется угнетением. Ребенок бледнеет, кожные покровы приобретают мраморный рисунок с сероватым оттенком, губы цианотичны, акроцианоз; конечности холодные, АД падает. Ребенок становится вялым, адинамичным, сознание затемнено. Сердечные тоны глухие, в тяжелых случаях — брадикардия (прогностически неблагоприятно), пульс нитевидный. Дыхание поверхностное, аритмичное (периодические остановки), пена у рта; в легких — обилие влажных хрипов. Живот вздут (парез), часто бывает рвота кофейной гущей, жидкий стул, непереваренный, иногда с прожилками крови. Возможно развитие острой почечной недостаточности, когда ребенок не мочится в течение суток и дольше. Крайне опасно развитие острой надпочечниковой недостаточности: на теле появляется геморрагическая сыпь (от мелкоточечной до крупно-пятнистой), резко падает АД, прогрессирует угнетение сознания, вплоть до его полной потери: сердечные тоны глухие, брадикардия, аритмия, поверхностное неэффективное дыхание. Смертность при этом осложнении очень высока.

Лечение и уход. При возникновении нейротоксикоза обязательна срочная госпитализация, но перед транспортировкой (на догоспитальном этапе) необходимо провести следующие мероприятия: больного уложить в кровать, приподнять туловище и голову (улучшает отток крови от головы), голову повернуть в сторону для предупреждения аспирации рвотных масс, отсосать слизь из дыхательных путей. Для снижения температуры тела ребенка раскрыть, обдуть вентилятором, приложить бутылки с холодной водой к области крупных сосудов (шея, паховые области, подмышечные ямки), растереть тело спиртом, чередуя его с эфиром, обернуть в пеленки, смоченные водой комнатной температуры. Внутримышечно вводятся аналгин 50% р-р 0,1 мл на год жизни и 4% р-р амидопирина 0,5 мл на год жизни, но не более 5 мл; если ребенок глотает — аспирин 0,01 на кг массы тела внутрь; часто с хорошим гипотермическим эффектом применяется литическая смесь: аминазин 2,5% — 1 мл, пипольфен 2,5% р-р — 1 мл,

новокаин 0,5% р-р—8 мл из расчета 0,1—0,15 мл на 1 кг массы. Литическую смесь нельзя вводить детям, находящимся в коллаптоидном состоянии: угнетение сознания, нитевидный пульс, резкое снижение АД, поверхностное дыхание, бледность кожи, цианоз губ. При беспокойстве и судорогах ребенку целесообразно перед транспортировкой в/м ввести седуксен: до года 0,2—0,5 мл, 1—3 года 0,7—1,0 мл; или 25% р-р сернокислой магнезии (0,2 мл на 1 кг массы тела), обладающей противосудорожным и дегидратационным действием. В тяжелых случаях можно вводить эти препараты одновременно. Только после оказания необходимой помощи ребенка транспортируют в больницу. В стационаре его помещают в отдельный бокс, хорошо вентрируемый, с температурой не выше 18—20°, обязательно проводится кислородотерапия. Если гипертермия и судороги сохраняются, предпринимаются меры, направленные на их устранение: ГОМК (оксibuтират натрия) 50—150 мг на 1 кг массы тела в 20 мл 20% р-ра глюкозы в/в струйно медленно или капельно. Если судороги продолжаются, через 30 мин дроперидол 0,25% р-р 0,2 мл/кг в/м или в/в (лучше). Глюконат кальция 10% р-р: детям до года 1,0—1,5 мл; 2—6 лет 2,5 мл; 7—10 лет 3—5 мл или хлорид кальция 10% р-ра: детям до года 0,6—1,0 мл; 2—6 лет 1—2 мл; 7—14 лет 3—5 мл в/в. Преднизолон 1—3 мг/кг или гидрокортизон 5—10 мг/кг в/в струйно с 10—20 мл 10—20% р-ра глюкозы. При очень тяжелом состоянии доза преднизолона повышается до 4—5 мг/кг, а в случае развития острой надпочечниковой недостаточности — до 10—15 мг/кг. С целью дегидратации (опасен отек мозга, отек легких) лазикс 1—3 мг/кг детям до 6 лет, 20—40 мг детям 7—14 лет. Эуфиллин 2,4% р-р 0,1 мл/кг детям до года и 1 мл на год жизни детям старше года, но не более 10 мл струйно, медленно или капельно в 10—20 мл 10% р-ра глюкозы в течение 5—7 минут. Детям, находящимся в коллаптоидном состоянии, эуфиллин противопоказан. Целесообразно введение противошоковых жидкостей: плазмы крови, альбумина, желатинола, реополиглюкина (10—20 мл/кг в/в капельно).

Профилактика: предупреждение инфекционных заболеваний, нейроинфекций, травм и т. д. (см. Этиология).

СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ. Этиология: повреждения и пороки развития ЦНС (перинатальная гипоксия, родовая травма); гипокальциемия и гипогликемия, врожденно-наследственные заболевания (фенилкетонурия, галактоземия и т. д.); врожденный сифилис, токсоплазмоз, цитомегалия, гнойный менингит, менингоэнцефалит, столб-

няк, нейротоксикоз различного происхождения; гипербилирубинемия вследствие резус- или АВО-конфликта, раннее начало эпилепсии и другие заболевания.

К л и н и к а. Судороги появляются преимущественно в первые 24—48 часов постнатальной жизни, иногда позже (на 4—7-й день). При повреждении ЦНС судорожный синдром наблюдается с момента рождения или на 2—3-й день жизни. Начало внезапное: двигательное возбуждение, беспорядочные мышечные подергивания, мелкий тремор, кратковременные задержки дыхания, закатывание глазных яблок, нистагм, автоматические жевательные движения. В некоторых случаях возможны судороги в одной половине тела, опистотонус или тонические судороги в одной руке или ноге, общие вздрагивания с напряжением туловища и сведением ручек внутрь. По характеру судорог установить их этиологию в первые дни жизни ребенка чрезвычайно трудно.

Лечение и уход. На догоспитальном этапе медсестра должна дать ребенку, если он глотает, фенобарбитал (люминал) 0,005—0,008 на кг массы тела, ввести в/м сернокислую магнезию 25% р-р 0,2 мл/кг, при недостаточной эффективности указанных препаратов — седуксен 0,1—0,2 мл в/м и транспортировать ребенка в стационар, где ему при необходимости лечение продолжают: оксибутират натрия (ГОМК) 50 мг/кг в/в струйно, медленно, в 30—50 мл 10% р-ра глюкозы; дроперидол 0,2 мл/кг в/в или в/м. При нарастающих симптомах отека мозга лазикс в/м или в/в 0,5—1 мг/кг, маннитол 1,0—1,5 г на кг массы в виде 10% р-ра в/в капельно; эуфиллин 2,4% р-р 0,1—0,18 мл/кг в 10 мл 20% р-ра глюкозы в/в, глюконат кальция 10% р-р 1—2 мл в/в. При неэффективности спинно-мозговая пункция.

СУДОРОГИ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ. Этиология: нарушение кальциевого и фосфорного обмена, недостаточность гормонов паращитовидных желез. Заболевание встречается обычно у детей с рахитом, в возрасте от 6 месяцев до года, реже до 2 лет, в зимне-весенний период.

К л и н и к а. *Ларингоспазм* (судороги голосовой щели) — при плаче, испуге и возбуждении у детей вырывается стонущий громкий звук или появляется спастический кашель, затрудненное с кряхтением дыхание. При попытке сделать глубокий вдох может наступить остановка дыхания. Дети резко бледнеют, губы и носогубный треугольник становятся цианотичными, мышцы всего тела напряжены, большой родничок выбухает, наблюдается подергивание лицевой мускулатуры. Затем ребенок делает несколько по-

верхностных хрипящих вдохов и дыхание восстанавливается. Приступы могут быть единичными или повторяться много раз в сутки.

Карпопедальный спазм — сведение кистей в виде «руки акушера» и подошвенное сгибание стоп. Нередко карпопедальный спазм сочетается с ларингоспазмом.

Эклампсические судороги: приступ может начаться с ларингоспазма или карпопедального спазма, с подергивания отдельных мышц лица, угла рта и век. Затем развиваются клонико-тонические судороги, охватывающие все тело. Сознание отсутствует. Длительность приступа от нескольких секунд до 20—30 минут. Приступ начинается при нормальной температуре, но если судороги продолжаются длительно, то температура, как правило, повышается.

Лечение и уход. Доступ свежего воздуха. Аэрон кислородотерапия. Открыть шпателем рот, вытянуть язык. Глюконат кальция 10% р-р 4—6 мл в/в, в тяжелых случаях при длительных судорогах 10% р-р хлористого кальция 1—1,5 мл/кг. Хлоралгидрат 2% р-р 10—20 мл (в клизме) и сернокислая магнезия 25% р-р (см. Нейротоксикоз). Указанные препараты нельзя назначать в тех случаях, когда имеется глубокое угнетение дыхания (аритмичное дыхание) и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность. В этих случаях вводят ГОМК, седуксен, дроперидол (см. Лечение нейротоксикоза). При повторяющихся судорогах, не поддающихся лечению, необходима спинно-мозговая пункция.

Профилактика: профилактика рахита.

СУДОРОГИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ. *Этиология*: родовая травма или черепно-мозговая травма, неблагоприятная наследственность, нейроинфекция, внутриутробное поражение ЦНС и т. д.

Клиника. Характеризуется разнообразием клинических форм. Чаще встречаются большие судорожные припадки. Иногда припадкам предшествуют предвестники (аура), затем ребенок мгновенно теряет сознание, падает, начинаются тонические или клонико-тонические судороги, выделяется розовая пена изо рта, возможен прикус языка, непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Длительность припадка 3—4 мин. После приступа ребенок засыпает, просыпаясь, ничего не помнит. Иногда развивается эпилептический статус: припадки следуют почти непрерывно один за другим, в некоторых случаях до нескольких десятков в сутки. Между припадками ребенок в сознание не приходит, тяжесть общего состояния прогрессирует, нарастают

нарушения мозгового кровообращения, усиливаются сердечно-сосудистые и дыхательные расстройства, углубляется коматозное состояние, может наступить смерть. Летальность от эпилептического статуса велика даже в реанимационных отделениях.

Лечение и уход. Необходимо обеспечить доступ свежего воздуха, поддерживать голову для профилактики травмы, положить ее на бок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути, в рот между зубами вложить шпатель или черенок ложки, обернутой чем-нибудь мягким (для предупреждения прикуса языка). Во время судорог нельзя вливать какое-либо лекарство в рот в связи с опасностью аспирации, если ребенок после приступа заснул, то будить его нельзя. При серийных эпилептических припадках (эпилептический статус) проводится противосудорожная терапия. Клизма из 2% р-ра хлоралгидрата 10—15 мл детям до 6 месяцев, 15—20 мл от 6 месяцев до 1 года и 30—50 мл детям старше года (после очистительной клизмы); сернокислая магнезия 25% р-р 0,2 мл/кг в/м; седуксен 0,3—0,5 мг/кг в/м или в/в в 10 мл 10% р-ра глюкозы. При неэффективности указанной терапии — оксипротитрат натрия (ГОМК) в/в, 100—150 мг/кг вместе с 20 мл 20% глюкозы (ГОМК можно вводить в/м, внутрь и в клизме). При длительных судорогах, не поддающихся терапии, дроперидол 0,2 мл/кг, но не более 10 мл.

Дегидратационная терапия: лазикс в/м или в/в 1—3 мг на кг массы в/в капельно. Если судороги не купируются, несмотря на проводимое интенсивное лечение, показана спинно-мозговая пункция. Если судороги длительны, в течение нескольких часов или суток (эпилептический статус), госпитализация обязательна.

Профилактика припадков — противосудорожная терапия. Медсестра должна разъяснить родителям необходимость ее постоянного проведения. Важно создание спокойной обстановки в семье, устранение физических и эмоциональных перегрузок (особенно длительного просмотра телепередач), рациональное питание с ограничением острой, соленой и жирной пищи.

Диспансеризация. Постоянное наблюдение психоневролога, многолетняя противосудорожная терапия (седативные сборы, валериана, фенобарбитал и др.). Медсестра должна иметь в виду, что детям, склонным к гипертермическим реакциям, уже в начальный период болезни при повышении температуры целесообразно назначать пипольфен, анальгин внутрь, в свечах или микроклизмах, холод к голове. При наличии у детей гидроцефально-гипер-

тензионного синдрома и «судорожной готовности» профилактически на период заболевания, сопровождающегося повышением температуры, токсикозом и гипоксией, рекомендуется прием фенобарбитала (люминала) в сочетании с небольшими дозами мочегонных препаратов (диакарб, глицерол).

ДИАБЕТИЧЕСКИЕ КОМЫ

КОМА ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ, КЕТОАЦИДОТИЧЕСКАЯ. Этиология: поздняя диагностика сахарного диабета, нарушение диеты, малая доза инсулина, присоединение вирусно-бактериальных заболеваний и др.

Клиника. Развивается постепенно. Состояние ребенка ухудшается, усиливается жажда, полиурия, нарастают симптомы обезвоживания (сухость кожи и слизистых, заострившиеся черты лица), резко снижается аппетит, беспокоит головная боль, головокружение, слабость, появляются тошнота, частая рвота, боли в животе. Ощущается запах ацетона изо рта. На лице яркий румянец (поражение сосудов кожи). В тяжелых случаях сознание заторможено или отсутствует, дыхание глубокое, шумное, ациidotическое (типа Куссмауля), кожа и слизистые сухие, шелушатся; определяется мышечная гипотония, снижение тонуса глазных яблок; пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление низкое. Кожа кистей и стоп холодная, сухожильные рефлексы снижены или отсутствуют. Диурез уменьшен (олигурия или даже анурия). Возможны клонические или клонико-тонические судороги.

Лечение и уход. Больного необходимо срочно госпитализировать и ввести инсулин 0,5—1 ед/кг. Если ребенок находится в коматозном состоянии длительное время, 1/2—1/3 первоначальной дозы ввести в/в, а остальное п/к. Ориентировочная доза инсулина для детей дошкольного возраста составляет 15—20 ед., для школьников 20—30 ед. Если кома развилась у ребенка, давно болеющего и получающего инсулин, доза инсулина в 2—3 раза больше той, которую больной получал до комы. Одновременно вводится в/в струйно изотонический р-р хлорида натрия или р-р Рингера 200—300 мл, а затем налаживается капельное введение жидкости (до 90—100 мл/кг): гемодез, реополиглюкин, альбумин, плазма крови, р-р Рингера и изотонический р-р хлорида натрия, 4% р-р соды (4 мл/кг), аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза, а позднее, при снижении уровня са-

сахара до 16 ммоль на литр, в капельницу добавляется 5% глюкоза (1/2—1/3 от общего объема жидкости). Необходимо помнить, что 50% всех растворов необходимо ввести в первые 6 часов лечения. Показана клизма с 4% р-ром соды по 50—100 мл (2—3 раза в день). Когда ребенок придет в сознание, его следует обильно поить (щелочные минеральные воды, соки).

КОМА ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ. Этиология. Передозировка инсулина или недостаточное количество пищи, принятой после инъекции инсулина (уровень сахара в крови резко падает).

К л и н и к а. Слабость, дрожание, потливость, головокружение, беспокойство, потеря сознания, судороги.

Лечение и уход. При появлении первых симптомов комы, пока больной в сознании, ему предлагают съесть несколько кусков сахара, 1—2 ст. ложки меда, сладкий кисель и т. д. Если ребенок в бессознательном состоянии или у него появляются судороги, вводят глюкозу в/в. Глюкозу вводят до появления у больного признаков сознания. Необходима постоянная кислородотерапия через катетер, введенный в носовые ходы, или в кислородной палатке. При крайней тяжести состояния — адреналин до 0,5—1,0 мл 0,1% р-ра п/к. Должен быть обеспечен покой и тишина, медсестра обязана строго выполнять все мероприятия по уходу. После выведения больного из комы или при остановке ее развития необходима госпитализация для установления адекватной дозы инсулина и выбора его препарата.

Профилактика диабетических ком. *Гипергликемической:* подбор адекватной дозы инсулина, рациональное питание с исключением легкоусвояемых углеводов, правильный режим труда и отдыха, профилактика интеркуррентных заболеваний, устранение физических и эмоциональных стрессов. Медсестра участка должна разъяснить родителям необходимость периодической перемены места инъекций инсулина, следить за тем, чтобы инъекции не делались в уплотненные участки подкожной клетчатки, так как инсулин в этих случаях не всасывается в полном объеме в кровь.

Гипогликемической: правильная тактика инсулинотерапии, соблюдение режима питания и режима дня, устранение физических и эмоциональных перегрузок. Каждый больной, склонный к гипогликемическим состояниям, должен носить с собой 1—2 кусочка сахара, так как проявления гипогликемии можно устранить приемом углеводов.

Диспансеризация больных сахарным диабетом проводится эндокринологом, а там, где его нет, — участковым педиатром. Медсестра участка следит за своевременным исследованием крови (1 раз в месяц, а при ухудшении состояния чаще) и мочи (1 раз в месяц) на сахар; объясняет необходимость ежедневного использования «скрининг-тестов» («глюкотест» и др.), обращает внимание родителей на возможное прогрессирование болезни при невыполнении врачебных назначений, напоминает, что ребенок, больной сахарным диабетом, в стадии компенсации должен осматриваться врачом 1 раз в месяц, а при декомпенсации — не реже 1 раза в 3—5 дней.

ОСТРАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ОНН). Тяжелое экстремальное состояние, требующее срочной интенсивной или реанимационной терапии. Этиология. ОНН развивается вследствие кровоизлияния в надпочечники у новорожденных в процессе тяжелых патологических родов, при родовой травме и асфиксии новорожденного, особенно часто на фоне врожденной гипоплазии или аплазии надпочечников. ОНН может возникнуть у ребенка с врожденной дисфункцией коры надпочечников, которая у девочек диагностируется обычно при рождении — имеются признаки гермафродитизма, а у мальчиков позже, когда у них с 2—3 лет начинается преждевременное половое развитие. ОНН могут быть вызваны тяжелыми инфекционными заболеваниями: менингитом, ОРВИ, сепсисом, отравлением, ожогами и др. состояниями, сопровождающимися интоксикацией. ОНН развивается при слишком быстрой отмене кортикостероидных препаратов в тех случаях, когда ребенок получал их длительное время (при хронических нефритах, ревматизме, коллагенозах и т. д.).

К л и н и к а. Характерно внезапное начало: резкая слабость, адинамия, одышка, бледно-землистый цвет лица, падение АД до 30—40 мм рт. ст., нитевидный пульс, многократная рвота, боли в животе, обильный жидкий стул. На теле нередко появляется геморрагическая мелкоочечная или крупнопятнистая сыпь. Сознание становится сопорозным или утрачивается совсем, возможны судороги. Часты смертельные исходы.

Лечение и уход. Без лечения все больные умирают. Необходимо: срочное введение преднизолона 10—15 мг/кг массы в сутки в/в или гидрокортизона (доза в 3—5 раз больше). При улучшении состояния дозы гормонов снижаются. Дезоксикортикостерон-ацетат 0,5% р-р 0,3—0,75 мл в сутки в/м. Мезатон или 0,1% р-р адреналина в дозе 0,1—0,75 мл (в зависимости от возраста) в 3—5 мл физ-

раствора в/в. Инфузионная терапия: в/в вводится плазма, кровь, альбумин, 10% р-р глюкозы, реополиглюкин, изотонический р-р натрия, 10% р-р хлористого кальция, 5% р-р аскорбиновой кислоты (3—5 мл) и др. На успешность терапии указывает улучшение общего состояния, прекращение рвоты и поноса, нормализация АД.

Профилактика. Лечение основного заболевания, постепенная отмена гормонов, если ребенок получал их длительно. Диспансеризация осуществляется в соответствии с основным заболеванием.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ

АНЕМИИ — это состояния, характеризующиеся уменьшением количества гемоглобина в единице объема крови. Содержание гемоглобина у здоровых детей до 5 лет должно быть не менее 110 г/л, у старших — не менее 120 г/л. По уровню гемоглобина анемии делят на легкие формы (Hb 109—90 г/л), средней тяжести (Hb 89—70 г/л) и тяжелые (Hb ниже 70 г/л).

Этиология. Наиболее частая форма анемии у детей (85—90% всех анемий детского возраста) — железodefицитные анемии (ЖДА). У детей раннего возраста основная причина дефицита железа — это недостаточное поступление железа от матери к плоду во время беременности, которое наблюдается при анемии самой беременной. Кроме того, играют роль поздние токсикозы, частые роды, хронические воспалительные процессы беременной. Особенно часто дефицит железа встречается у недоношенных детей, поскольку накопление железа у плода начинается лишь в последние 3—4 месяца до рождения. После рождения ребенка в процессе роста запасы железа быстро истощаются. Восполняются они только за счет поступления железа с пищей. Неправильное питание, длительное вскармливание коровьим молоком, бедным железом, несвоевременное введение соков, прикорма — все это способствует развитию анемии. У детей старшего возраста причинами ЖДА также могут быть неправильное питание, глистные инвазии, хронические кровопотери, заболевания желудочно-кишечного тракта.

Анемии у детей могут развиваться и вследствие повышенного разрушения эритроцитов — гемолитические анемии. Причины повышенного гемолиза разнообразны: врожденная неполноценность мембраны эритроцита (наследственный микросфероцитоз Минковского—Шофара, овалоцитоз и др.), дефекты в строении гемоглобина (талассемии, гемоглобинопатии), дефицит ферментных систем эритроцита, образование антител против эритроцитов и др.

Недостаточное образование эритроцитов наблюдается при дефиците ряда веществ (витамин В₁₂, витамин В₆, фолиевая кислота, белки), а также при гемобластозах, когда бурно размножающиеся злокачественные клетки угнетают рост здоровых клеток. К этой группе относятся также гипо- и апластические анемии (врожденные и приобретенные), этиология которых остается часто неясной.

К л и н и к а. К клиническим проявлениям гемолитических анемий относится острое начало, иногда в виде гемолитического криза, часто имеется провоцирующий фактор (инфекции, интоксикации, прием медикаментов), отмечаются бледность и желтушность кожи, частое увеличение селезенки, изменение цвета мочи. Как правило, состояние таких детей тяжелое, требуется их срочная госпитализация.

Клинические проявления ЖДА более многочисленны, так как дефицит железа в организме отражается на функции многих органов и систем. У детей раннего возраста наиболее частыми признаками ЖДА являются бледность и сухость кожи, цианоз носогубного треугольника; снижаются активность ребенка, его интерес к окружающим. В тяжелых случаях наблюдается отставание в нервно-психическом и физическом развитии, ухудшается аппетит, иногда наблюдаются срыгивание, извращение вкуса. Дети могут есть землю, глину, известь, волосы. Снижается тонус мышц, живот увеличен, часто пальпируется увеличенная печень и селезенка. Дети старшего возраста часто жалуются на снижение аппетита, извращение вкуса, слабость, быструю утомляемость, мелькание мошек перед глазами. Нередко снижается успеваемость в школе, ухудшается память, внимание. Отмечается пристрастие к резким запахам (керосин, ацетон). Карлес зубов у детей с анемией встречается в 10 раз чаще. Важным является снижение иммунологической реактивности при ЖДА. Замечено, что дети с анемией в 3 раза чаще болеют простудными заболеваниями.

Д и а г н о с т и к а: снижение уровня гемоглобина и эритроцитов, уменьшение цветового показателя. В более тяжелых случаях изменяется размер эритроцитов (микроцитоз, анизоцитоз) и их форма (пойкилоцитоз).

Лечение и уход. При выявлении ЖДА прежде всего необходимо организовать правильное питание. При грудном вскармливании важно включить в рацион матери овощи и фрукты, содержащие соли железа: это свекла, зеленый горошек, петрушка, черная смородина, груши, яблоки, сушеные фрукты. Обязательно включение мяса и мясных продуктов. В случае искусственного вскармливания

рекомендуются адаптированные смеси «Малютка», «Малыш», «Виталакт», «Детолакт» — они содержат железо. В продуктах прикорма для больных детей должно содержаться достаточное количество животных белков и солей железа. К таким продуктам относятся творог, яйца, печень, мясо, рыба, овощи, гречневая и овсяная крупы. Печень можно давать с 5 месяцев в протертом виде в сочетании с овощами и фруктами, так как дети не всегда охотно едят ее. Первый прикорм (овощное пюре) детям с анемией рекомендуется назначить на месяц раньше обычного. Однако устранение анемии только диетотерапией невозможно. Единственным методом лечения ЖДА является дача препаратов железа. При приеме внутрь лучше всасываются двухвалентные соединения железа (сульфат, карбонат, лактат). Промышленностью выпускается ряд эффективных комплексных препаратов на основе двухвалентного железа: феррокаль, ферроцерон, феррамид, гемостимулин, ферроплекс (в 1 таблетке содержится 40—50 мг элементарного железа), сироп алоэ с железом (в 1 мл — 20 мг железа). Назначается из расчета 5—8 мг/кг массы тела в сутки в 3 приема. Иногда используются и другие препараты (лактат железа, сульфат железа и т. д.).

Поскольку препараты железа иногда дают диспептические явления, в начале лечения их назначают после еды и дают не полную дозу, а только половину. Затем дозу повышают каждые 2—3 дня, за 10—12 дней доходят до необходимой. Длительность курса — до нормализации гемоглобина, затем еще не менее 2-х месяцев препарат железа дается в половине лечебной дозы.

Профилактика дефицита железа у детей должна начинаться с предупреждения его недостатка у беременных. Для этого всем женщинам в последние 3 месяца беременности рекомендуется назначение ферроплекса или гемостимулина, или любого другого вышеуказанного препарата по 2 табл. 2 раза в день и в период кормления ребенка, особенно до введения прикорма, по 2 табл. 1 раз в день. На первом году жизни угрожаемыми по развитию анемий являются недоношенные дети, дети от многоплодной беременности, а также от беременностей, протекавших с токсокозом во второй половине, либо при наличии у матерей хронических заболеваний, дети с проявлениями экссудативного диатеза, дети с высоким темпом роста. С профилактической целью этим детям назначают сироп алоэ с железом по 1—2 капли на кг массы в сутки. Недоношенным и детям от многоплодной беременности профилактическую дачу препаратов железа начинают с 1—2 меся-

цев и продолжают до года. Доношенным детям начинают давать с 4 месяцев и продолжают в течение 4—6 месяцев.

Д и с п а н с е р и з а ц и я. Детей с ЖДА врач-педиатр осматривает в острый период 1—2 раза в месяц, в период ремиссии — 1 раз в 3 месяца. Оцениваются общее состояние, размеры печени и селезенки, функция желудочно-кишечного тракта, гемограмма. Анализ крови в острый период проводится 1 раз в 2 недели, в период ремиссии 1 раз в 3 месяца, по возможности определяется сывороточное железо. Медицинская сестра участка рекомендует родителям достаточное пребывание ребенка на свежем воздухе, рациональное питание, обязательный прием препаратов железа, назначенных врачом. С учета снимают через 6 мес при нормальных показателях гемограммы. Профилактические прививки разрешаются через месяц после нормализации анализа крови.

ГЕМОБЛАСТОЗЫ. Гемобластозы — это группа злокачественных новообразований, возникших из кроветворных клеток. Гемобластозы, при которых костный мозг заселен опухолевыми клетками, называют лейкозами. Кроме лейкозов, в группу гемобластозов входят и гематосаркомы (опухоли), возникшие также из кроветворных клеток, но представляющие собой внекостно-мозговые разрастания бластных (незрелых, патологических) клеток.

Этиология. Согласно современным взглядам причиной острого лейкоза может быть любой фактор, способный вызвать мутации в хромосомном аппарате клеток (ионизирующая радиация, некоторые химические вещества, цитостатические препараты, некоторые вирусы и т. д.). Существенное значение при этом имеет также ряд эндогенных факторов — наследственная предрасположенность, состояние клеточного и гуморального иммунитета.

К л и н и к а. Чаще заболевают дети дошкольного и младшего школьного возраста. Начало острых лейкозов постепенное, незаметное. Обращает на себя внимание в первую очередь бледность кожных покровов, которая в далеко зашедших случаях становится очень выраженной. Меняется и поведение ребенка. Он становится вялым, динамичным, не участвует в подвижных играх, быстро устает, снижается аппетит. Изменения в поведении ребенка особенно заметны, если он до заболевания был активным, подвижным. Нередко отмечается повышение температуры неясного происхождения. Иногда дети жалуются на боли в костях, часто бывают головные боли. На коже можно обнаружить кровоизлияния, уплотнения (лейкомиды). Часто пальпируются увеличенные периферические лимфоузлы.

Может быть увеличен живот за счет увеличения печени и селезенки. Иногда наблюдаются носовые кровотечения. В поздних стадиях заболевания усиливается вялость ребенка, он старается все время лежать, кожа приобретает восковидную окраску, появляются множественные кровоизлияния на коже и слизистых, от мелких (петехии) до обширных (экхимозы). Нередко бывают обильные носовые кровотечения, желудочные и кишечные кровотечения, гематурия; поражаются легкие, центральная нервная система, половые органы, глаза.

Решающее значение в диагностике острого лейкоза имеет лабораторное исследование крови и костного мозга. При исследовании периферической крови могут быть обнаружены лейкопения или лейкоцитоз, анемия, тромбоцитопения. В большинстве случаев повышение СОЭ. Для подтверждения диагноза обязательным является исследование костного мозга. Родителям следует объяснить, что пункция костного мозга совершенно безопасная процедура, и в то же время без этого анализа невозможно с уверенностью ставить диагноз. В костном мозге при лейкозах находят высокое содержание бластных клеток, вплоть до полного замещения костного мозга.

Лечение и уход. Лечение острого лейкоза — сложная, многоплановая задача. При установлении диагноза ребенок должен быть госпитализирован. Учитывая тяжесть состояния, возможность появления кровотечений, необходимо соблюдать ряд правил при перевозке таких детей. Ребенка следует уложить, иметь наготове кровоостанавливающие средства (марлевые тампоны, вату, перекись водорода, гемостатическую губку, хлорид кальция). Необходимо следить, чтобы ребенок не проглатывал кровь — это вызовет рвоту, что еще больше ухудшит состояние больного.

В лечении лейкозов используется сочетание различных методов: лекарственная терапия (включая глюкокортикостероиды), лучевая терапия, иммунотерапия. Цитостатические препараты применяются в различных комбинациях, по специальным программам, в зависимости от вида лейкоза: винкристин, преднизолон, рубомицин, цитозар, метотрексат; для поддерживающей терапии чаще применяются 6-меркаптопурин, циклофосфан, метотрексат.

Лечение острого лейкоза, которое требует частых переливаний крови и его компонентов, применения препаратов, действующих не только на лейкозные клетки, но и на другие органы и ткани, переносится ребенком очень тяжело. Поэтому особенно важен уход за такими детьми — как в острый период заболевания, так и во время ремиссии. Не-

обходимо создать условия для длительного пребывания ребенка на воздухе (но не на солнце), в том числе сон на воздухе, но исключить любую возможность инфекций, так как такие дети очень восприимчивы к ним. Медицинская сестра должна контролировать питание ребенка.

Частым осложнением острого лейкоза являются носовые кровотечения, требующие помощи ЛОР-специалиста. Носовые ходы очищаются раствором перекиси водорода, затем закладывают измельченную гемостатическую губку и туго тамponируют марлевыми тампонами (передняя тампонада носа). Если кровотечение не прекращается, необходимо проверить, нет ли стекания крови по задней стенке глотки, и тогда врач производит заднюю тампонаду. Тампон не должен находиться в носовых ходах более 24 ч, и медицинская сестра обязана следить за этим. При снятии тампона надо обязательно увлажнить. Кроме кровотечения необходимо также следить за состоянием кожи (развитие гнойничков, абсцессов) и полости рта (стоматит, гингивит).

Профилактика. Специфическая профилактика острого лейкоза не разработана. Учитывая возможные этиологические факторы, можно рекомендовать избегать частых рентгенологических исследований, длительного загораения на солнце, работы с вредными химическими веществами, особенно лицам с наследственной предрасположенностью к злокачественным заболеваниям.

Диспансеризация. После выписки из стационара ребенок переводится на поддерживающее лечение цитостатическими препаратами, которое проводится длительно, не менее 5 лет. Во время поддерживающего лечения ребенок периодически госпитализируется для проведения курсов реиндукции ремиссии.

Медицинская сестра должна следить за тем, чтобы назначенное гематологом поддерживающее лечение точно выполнялось родителями. Перерывы в лечении цитостатиками резко повышают риск возникновения рецидивов острого лейкоза и значительно укорачивают жизнь ребенка. Длительный прием цитостатиков часто вызывает различные осложнения (гипоплазия костного мозга, токсический гепатит, энтерит). Поэтому такие дети должны получать витаминные препараты, желчегонные средства, фитотерапию (настой шиповника, крапивы, экстракт или отвар кукурузных рыльцев). Медицинская сестра должна следить за тем, чтобы регулярно (один раз в 10 дней) проводился анализ крови с подсчетом тромбоцитов. При появлении малейших признаков обострения процесса ребенок должен быть госпитализирован.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ДИАТЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Термин «геморрагический диатез» означает предрасположение к кровоточивости, которая может быть обусловлена как нарушением свертывающих свойств самой крови, так и изменением стенок сосудов. Среди заболеваний, относящихся к группе геморрагических диатезов, в детском возрасте наиболее часто встречаются тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия и геморрагический васкулит.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА. **Этиология.** Различают первичную (эссенциальную) идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру и вторичные симптоматические тромбоцитопении. Вторичные тромбоцитопении у детей развиваются чаще первичных. Они могут наблюдаться в острый период инфекционных заболеваний, при аллергических реакциях, коллагенозах и других аутоиммунных расстройствах, ДВС-синдроме, злокачественных заболеваниях системы крови, болезнях, сопровождающихся спленомегалией. Этиология идиопатической тромбоцитопенической пурпуры окончательно не выяснена. У части больных прослеживается наследственная предрасположенность. Роль инфекций, интоксикаций предшествующих профилактических прививок не доказано, скорее всего это только пусковые факторы.

Клиника. Основным клиническим симптомом тромбоцитопений являются кровоизлияния в кожу, подкожную клетчатку, слизистые оболочки. Подкожные кровоизлияния расположены несимметрично, имеют различную величину, форму и окраску. Обычно быстро рассасываются, признаков воспаления не наблюдается. Кровоизлияния часто возникают в ночное время. При более тяжелом течении заболевания наблюдаются носовые кровотечения, кровотечения из десен, из лунки удаленного зуба или из других ран. Реже отмечаются желудочно-кишечные кровотечения. Наиболее тяжелые и длительные кровотечения у девочек — меноррагии. Среди девочек, достигших полового созревания, маточные кровотечения при тромбоцитопениях очень часты и могут привести к тяжелой анемии. Меноррагии продолжаются, как правило, длительно (от 2 до 4 недель) и с трудом купируются. Кровоизлияния во внутренние органы, в отличие от гемофилии, наблюдаются редко. Особенно опасны кровоизлияния в мозг. Провоцирующими факторами в развитии кровоизлияния в мозг могут быть вирусные инфекции, назначение препаратов, ухудшающих функцию тромбоцитов (салицилаты, трентал, курантил, карбенициллин, антигистаминные препараты и др.), травма го-

ловы. Обильные носовые кровотечения, кровоизлияния в склеру, в подкожную клетчатку шеи и головы являются прогностически неблагоприятными в отношении кровоизлияния в мозг и требуют неотложных мероприятий.

Лабораторные показатели: тромбоцитопения, удлинение времени кровотечения, замедление ретракции кровяного сгустка.

Лечение и уход. Неотложная помощь. Прежде всего создание вокруг больного спокойной обстановки. Вид крови, тревога окружающих пугают ребенка, он мечется, кричит, и это еще больше усиливает кровотечение. Телу ребенка необходимо придать соответствующее положение: при легочном кровотечении — приподнять, при кровавой рвоте — приподнять и повернуть голову набок, чтобы не допустить аспирацию рвотных масс, при носовом кровотечении — усадить. Местно применяют тампоны, повязки, смоченные сосудосуживающими препаратами (адреналин) и кровоостанавливающими средствами (5% раствор аминокaproновой кислоты, 0,025% р-р адроксона). Гемостатическая губка: посыпать на предварительно осушенную кровоточащую поверхность и наложить стерильную давящую повязку на 3—5 мин. Хороший эффект дает также местное применение салфеток, пропитанных порошком тромбина. При кровотечении из носа тампонада материалом, смоченным 3% раствором перекиси водорода, 5% раствором аминокaproновой кислоты. При желудочно-кишечных кровотечениях показано глотание кусков льда, прием внутрь настоя крапивы или тысячелистника (15,0:200,0) по 1 столовой ложке 3—4 раза в день. Хороший эффект дает прием внутрь гемостатической губки по 1 столовой ложке вместе с раствором аминокaproновой кислоты. Из общих мероприятий для остановки кровотечения применяют: в/в введение 5% раствора аминокaproновой кислоты по 30—100 мл в зависимости от возраста, адроксон в/м или п/к по 1—2 мл 0,025% раствора, дицинон в/в или в/м по 2—4 мл или внутрь по 1—2 таблетки 3—4 раза в день. Для повышения уровня тромбоцитов — преднизолон по 2 мг/кг в сутки в течение 3—4 недель. При длительном приеме больших доз преднизолона для предупреждения поражения слизистой желудка дают алмагель, гастрофарм. При долгом течении заболевания и отсутствии эффекта от кортикостероидной терапии проводится спленэктомия. В большинстве случаев операция дает стойкий эффект, количества тромбоцитов нормализуются, исчезают клинические проявления. Однако у части детей спленэктомия также малоэффективна и в таких случаях проводится лечение цитостатиками.

Профилактика. Предупреждение вторичных тромбоцитопений — это предупреждение основных заболеваний, вызвавших тромбоцитопению. Профилактика первичных тромбоцитопений не разработана.

Диетансеризация. Исключить из диеты консервированные продукты, колбасы, сыр, кофе, не злоупотреблять мясными продуктами. Питание должно быть разнообразным с достаточным количеством овощей и фруктов.

Школьники освобождаются от занятий по физкультуре на 4—6 месяцев. Профилактические прививки разрешаются через год после обострения. Летом избегать перегрева на солнце и не загорать в течение 2 лет после выписки из стационара. Анализ крови с подсчетом тромбоцитов рекомендуется проводить один раз в месяц в течение года после выписки из стационара. При лечении интеркуррентных заболеваний у детей с тромбоцитопенической пурпурой не следует применять препараты, которые ухудшают функцию тромбоцитов (ацетилсалициловая кислота, анальгин, амидопирин, карбенициллин, фурагин, фуразолидон).

ГЕМОФИЛИЯ. Этиология. Заболевание обусловлено дефицитом одного из антигемофильных факторов свертывания крови—VIII, IX или XI и соответственно различают гемофилию А, В и С. На практике чаще встречается гемофилия А (85—90%), реже гемофилия В (9—15%) и очень редко гемофилия С. Гемофилией А и В болеют только мужчины, женщины не болеют, но передают заболевание сыновьям. Гемофилией С могут болеть как мужчины, так и женщины.

Клиника. Первые признаки гемофилии возникают в раннем детском возрасте. Самым характерным симптомом является кровотечение. Возникшее даже после небольших травм (царапины, укола, удаления зуба), кровотечение длится очень долго, упорно, плохо поддается лечению обычными гемостатическими средствами. В отсутствие кровотечений дети выглядят практически здоровыми. Небольшие бытовые травмы, ушибы вызывают подкожные гематомы и кровоизлияния, которые рассасываются очень долго (до 1—2 месяцев). Характерно, что после небольших оперативных вмешательств (удаление зуба, вскрытие абсцесса) кровотечение может возникнуть не сразу, а спустя несколько часов. Прикусы языка, щек, царапины и травмы слизистой оболочки носа, прорезывание зубов вызывают кровотечение продолжительностью до 2—3 недель. Характерны для гемофилии кровоизлияния в суставы (гемартрозы), преимущественно в крупные суставы (коленные, тазобедренные, локтевые, голеностопные). Гемартрозы воз

никают часто после ушибов и падений во время игры. При этом сустав увеличивается в объеме, кожа над ним горячая, красноты, как правило, нет. Кровоизлияние в сустав сопровождается острой болью, ребенок сохраняет согнутое положение конечности, что со временем приводит к атрофии мышц и развитию анкилоза. Кровоизлияния в мягкие ткани, гематомы также являются типичными для гемофилии. Для гематом характерно то, что излившаяся кровь долгое время остается жидкой, широко проникает в ткани, очень медленно рассасывается. Реже наблюдаются гематурии, в основном у детей старше 6—7 лет.

Лабораторная диагностика: значительное удлинение времени свертывания крови. Длительность кровотечения может быть незначительно удлинена или даже в пределах нормы.

Уход и лечение. Больной гемофилией постоянно находится под угрозой кровотечения. Поэтому родители ребенка должны быть знакомы с особенностями ухода за ним, чтобы оградить его от травм. Уже в раннем возрасте надо прививать ребенку привычку к осторожности, но помнить, что полное ограничение физических занятий может стать причиной тяжелых отрицательных эмоций, задержки физического развития. Медицинская сестра должна объяснить родителям, что головная боль, боли в животе и в суставах могут быть признаками внутреннего кровотечения и требуют срочной госпитализации. Небольшие царапины и порезы не представляют серьезной опасности для больного гемофилией. Их можно лечить дома местными гемостатическими средствами и повязками. Повязка не должна быть тугой, и ее не следует часто менять, чтобы не мешать заживлению раневой поверхности. Ребенка следует научить так чистить зубы и массировать десны, чтобы не было кровотечения, выработать привычку чистить зубы после еды. Предпочтительнее фторосодержащие пасты, так как фтор предохраняет эмаль зубов от преждевременного кариеса. При наличии простудных заболеваний все лекарства желательно давать ребенку через рот. Внутримышечные инъекции могут способствовать образованию гематом. Противопоказано применение банок. Один раз в три месяца больной гемофилией должен быть осмотрен стоматологом.

Единственным методом лечения гемофилии является заместительная терапия препаратами, содержащими недостающие факторы свертывания крови. С этой целью применяется антигемофильная (свежезамороженная) плазма по 50—150 мл или концентрированный препарат VIII фак-

тора, криопреципитат по 25—50 мл. Антигемофильная плазма и криопреципитат хранятся при температуре -25°C , после размораживания и нагревания до температуры тела вводятся внутривенно струйно.

Большую опасность для детей, больных гемофилией, представляют любые оперативные вмешательства. Поэтому операции у детей с гемофилией делают только по жизненным показаниям. За 8 ч до операции больным вводят антигемофильную плазму (50—100—150 мл в зависимости от возраста и от тяжести гемофилии) или криопреципитат (1—3 дозы). Следующую дозу вводят за 2 ч до операции. Во время операции антигемофильную плазму или криопреципитат вводят в зависимости от величины кровотечения, после операции с интервалом 6—8 часов их вводят еще 3—5 дней, а после больших операций — до 10—15 дней.

Профилактика — ранняя антенатальная диагностика гемофилии у плода и прерывание беременности.

Диспансеризация. Дети, больные гемофилией, осматриваются педиатром один раз в 1—2 месяца. Обращается внимание на общее состояние, функции суставов, наличие кровоточивости. Дополнительно проводятся анализ крови с определением свертываемости, анализ мочи. Дети наблюдаются также стоматологом (осмотр один раз в 3 месяца), при наличии показаний — ортопедом. В задачи медицинской сестры входит работа с родителями в плане профилактики травм, следить за своевременным обследованием и строгим выполнением врачебных назначений.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ. Этиология. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлей—Геноха, капилляротоксикоз) — заболевание инфекционно-аллергической природы, возникающее в связи с перенесенными острыми вирусными и бактериальными инфекциями, профилактическими прививками, введениями гамма-глобулина, лекарственной аллергией, гельминтозами.

Клиника. Постоянный признак заболевания — геморрагическая сыпь на коже. Обычно располагается на коже рук, ног, ягодиц, реже поясничной области, груди и очень редко на коже шеи и лица. Элементы сыпи обычно располагаются симметрично, в основном на разгибаемой поверхности конечностей. В начале заболевания сыпь имеет уртикарный характер, позже становится геморрагической. Высыпания слегка возвышаются над поверхностью кожи, при надавливании не исчезают, величина — от булавочной головки до 1—2, иногда до 3—5 см. У некоторых детей сопровождается зудом или чувством жжения. Заболевание чаще ограничивается однократным высыпанием,

однако могут наблюдаться и рецидивы, особенно при нарушении диеты и режима.

Поражение суставов встречается реже, носит полиартрический характер, с преобладающей локализацией в коленных, голеностопных, локтевых и лучезапястных суставах. Суставной синдром характеризуется отечностью, покраснением кожи, повышением температуры, болезненностью и временной скованностью. Независимо от тяжести заболевания исход поражения суставов благоприятный: через 2—3 суток артрит исчезает, не оставляя никаких последствий.

Нередко наблюдается поражение желудочно-кишечного тракта. Боли в животе появляются внезапно, имеют схваткообразный характер и могут быть настолько сильными, что дети мечутся в постели, принимают вынужденное коленно-локтевое положение или лежат неподвижно с согнутыми и прижатыми к животу ногами. Язык сухой, обложен беловатым налетом. При пальпации живота определяется разлитая болезненность с преимущественной локализацией вокруг пупка. Иногда присоединяются тошнота, рвота, дети отказываются от еды, боясь усиления болей. Наблюдается учащение стула с большим или меньшим количеством крови. Если суставной или абдоминальный синдромы возникают раньше геморрагической сыпи, то возможны ошибки в диагнозе (ревматизм, аппендицит).

У части детей с геморрагическим васкулитом наблюдается поражение почек, которое нередко и определяет прогноз заболевания. Для диагностики поражения почек важно исследовать анализ мочи в динамике. При этом выявляют в моче белок, эритроциты, цилиндры.

Лечение и уход. Строгий постельный режим назначается на весь острый период. Преждевременное начало ходьбы нередко приводит к усилению и возврату геморрагической сыпи. Особенностью диеты является исключение облигатных аллергенов (шоколад, клубника, цитрусовые, рыба, яйца и др.), ограничение поваренной соли и животных белков, исключение экстрактивных блюд, сладостей. Исключаются также те продукты, которые вызвали рецидив или обострение болезни. В диету вводятся кефир, простокваша, несладкие каши, супы. При особо упорном течении заболевания показаны разгрузочные дни, в течение которых ребенок получает только кефир.

Базисным препаратом при лечении геморрагического васкулита является гепарин, который дается по 150—300 ед. на кг массы в сутки. Показаны также дезагрегантные препараты — трентал по 1 табл. 2—3 раза в день, курантил по 5 мг на кг массы. Для купирования абдоминального син-

дрома применяется но-шпа, баралгин, внутривенное введение раствора новокаина, реополиглюкина, изотонического раствора хлористого натрия.

Профилактика заключается в общих мероприятиях, направленных на повышение резистентности организма к инфекции, предупреждение аллергических заболеваний. Важна своевременная диагностика и санация хронических очагов инфекции, глистной инвазии, лямблиоза, которые в ряде случаев могут быть причиной неэффективной терапии.

Диспансеризация. Дети, перенесшие геморрагический васкулит, находятся на диспансерном наблюдении у педиатра в течение 5 лет. Каждые полгода ребенка показывают стоматологу, оториноларингологу для своевременной диагностики и санации очагов инфекции. Также регулярно исследуют кал на яйца глист. Один раз в квартал и после каждого перенесенного ОРЗ делают анализ мочи. Медицинское освобождение от прививок дается на 2 года. Медицинская сестра проводит беседы с родителями о необходимости соблюдения ребенком определенного двигательного режима, недопустимости физических перегрузок, исключения из питания ребенка продуктов, которые могут вызвать аллергию (шоколад, клубника, яйца, цитрусовые).

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Острые отравления у детей чаще всего связаны с неправильным хранением медикаментов, препаратов бытовой химии, употреблением ядовитых грибов, ядовитых растений. Клиника острых отравлений, как правило, развивается очень быстро и без своевременной медицинской помощи смерть ребенка может наступить в первые же часы.

В каждом лечебном учреждении должны быть вывешены на видном месте таблицы по диагностике и лечению острых отравлений. Постоянно должен храниться минимальный набор антидотных средств (атропин, унититол, активированный уголь, амилнитрит, дипиросим и др.), различные медикаментозные препараты (сердечно-сосудистые средства, дыхательные analeптики, слабительные, аскорбиновая кислота, АТФ, кокарбоксилаза), инфузионные среды (4% раствор гидрокарбоната натрия, раствор глюкозы, гемодез), необходимые для оказания неотложной помощи при отравлениях.

Диагностика острых отравлений обычно не представляет большой трудности. Тщательно собранный анамнез, подробный расспрос родителей и лиц, окружающих ребенка, осмотр помещения (остатки яда, пустые коробки, флаконы из-под медикаментов или препаратов бытовой химии и т. д.) позволяют заподозрить отравление у ребенка. Большую роль в уточнении диагноза имеет правильная оценка данных объективного осмотра, характер и степень нарушения сознания, состояние дыхания и кровообращения, наличие диспептических явлений, выраженность секреции желез пищеварительного тракта и дыхательных путей, величина зрачков, температуры тела, вид кожных покровов и слизистых и т. д.

Все сведения о ребенке, обстоятельствах отравления и объеме выполненной помощи медицинская сестра должна подробно передать врачу по месту госпитализации. Оказание неотложной помощи при острых отравлениях у детей включает следующие мероприятия:

установление природы токсического вещества, время отравления и пути поступления яда в организм,

прекращение дальнейшего поступления (или всасывания) яда.

антидотная терапия,

максимально ускоренное выведение яда из организма, коррекция нарушенных жизненно важных функций организма.

Последовательность мероприятий диктуется обстоятельствами, но, как и при других формах экстремальной патологии, в первую очередь должны быть выполнены мероприятия по восстановлению кровообращения и дыхания.

При поступлении яда через дыхательные пути необходимо, в первую очередь, вывести пострадавшего из помещения и обеспечить ингаляцию кислорода. Если токсическое вещество попало на кожу, ее следует быстро обмыть водой с мылом. При подкожном или внутримышечном введении токсических доз лекарственных веществ, при укусах змей, скорпионов проводятся циркулярные новокаиновые блокады, разведение токсических веществ введением изотонических растворов в место поражения. Местно применяется холод. Если яд принят через рот, делается промывание желудка. Его в таких случаях надо проводить как можно быстрее, независимо от состояния больного и срока, прошедшего со времени принятия яда.

Техника промывания желудка. Ребенка усаживают (или укладывают в положение на боку), освобождают ротовую полость от слизи и рвотных масс, снимают стесняющую одежду. Желудочный зонд смазывают вазелином или растительным маслом и вводят в пищевод через рот по задней стенке глотки. Оптимальной глубиной введения зонда принято считать расстояния от края зубов до мечевидного отростка. Количество жидкости, используемой для промывания желудка, зависит от возраста ребенка: для новорожденных — 200 мл, детей до 3 месяцев — 500 мл, до 1 года — 1 л, до 5 лет — 3—5 л, старше — 8—10 л. Для ранней инактивации или связывания яда и перевода его в безвредные для организма соединения используют теплую воду или водные растворы различных веществ. Например, 0,5% раствор танина, который образует комплексные соединения со стрихнином и глюкозидами (вместо раствора танина можно использовать крепкий раствор чая). Яичный белок обладает буферными свойствами, дает эффект при ожогах кислотами или щелочами пищевода и желудка, кроме того, образует нестойкие соединения с металлами. Для приготовления раствора берут 12 яичных белков, взбалтывают в 1 л кипяченой холодной воды. Полученная жидкость должна течь свободно. Ее можно оставить в желудке пос-

ле промывания. Для промывания желудка можно применять также слабый раствор марганцовокислого калия (слабо-розовой окраски), который является хорошим окислителем.

При отравлении бензином, керосином, скипидаром и другими жирорастворимыми веществами для промывания желудка используют вазелиновое масло (3 мл на 1 кг массы). Эти вещества растворяются в масле и легче удаляются из организма, уменьшается опасность попадания их паров в дыхательные пути.

Промывание проводится дробными порциями. Воду вливают в зонд через воронку, которую поднимают так, чтобы вода попала в желудок. Когда уровень воды достигает сужения воронки, последнюю опускают ниже уровня желудка и опрокидывают. Процедуру повторяют до появления чистых промывных вод, исчезновения запаха и цвета яда. Если зонд забивается, его следует промыть под давлением шприцем Жанэ. Первая порция промывных вод забирается для анализа.

Наличие желудочного или пищеводного кровотечения не является противопоказанием к промыванию желудка. В таких случаях для промывания используют охлажденную воду. К повторному промыванию желудка (по показаниям) можно прибегнуть через 2—3 часа, так как яд может задерживаться в складках желудка, а некоторые яды поступают из крови в желудок.

При появлении у ребенка рвоты медицинской сестре важно следить за тем, чтобы рвотные массы не попадали в дыхательные пути. Для этого ребенка поворачивают на бок, отсасывают грушей или электроотсосом рвотные массы из полости рта. После промывания желудка некоторое время (6—8 часов) следует воздержаться от кормления ребенка, обеспечивая его только достаточным количеством жидкости.

После чайно-водной диеты пища вначале должна быть щадящей (молоко, кефир, сухари) с постепенным расширением набора продуктов. Противопоказанием к промыванию желудка является наличие судорог у больного, а при коматозном состоянии проводится только после интубации.

Для удаления яда из кишечника используют сульфат магния или натрия (1 г соли на год жизни в 100 мл воды внутрь), очистительную или сифонную клизму (табл. 3).

В тех случаях, когда яд успел всосаться в кровь, используются различные методы почечного и внепочечного очищения (форсированный диурез, гемосорбция, гемодиализ, перитонеальный диализ). На догоспитальном этапе форси-

рованный диурез может быть проведен путем сочетания водной нагрузки и диуретиков (маннитол по 1—1,5 г на кг массы в/в в виде 10% раствора в изотоническом растворе хлористого натрия или 5% раствора глюкозы, лазикс по 1 мг/кг). Водная нагрузка осуществляется одномоментным обильным питьем щелочных вод (лучше минеральных — «Боржоми», «Ессентуки 4», «Ессентуки 17», «Смирновская», «Славяновская») или внутривенной инфузией изотонических растворов хлорида натрия или глюкозы (табл. 4).

Таблица 3

Количество воды, необходимое для очищения кишечника у детей разного возраста
(по М. А. Канаеву и др.)

Возраст ребенка	Кол-во жидкости для очистительной клизмы, мл	Кол-во жидкости для сифонной клизмы, мл
1—2 мес	30—40	—
2—4 »	60	800—1000
6—9 »	100—120	1000—1500
9—12 »	200	1000—1500
2—5 лет	300	2000—5000
6—10 »	400—500	5000—8000

Таблица 4

Объем внутривенно вводимой жидкости (гемодилюция) в период форсированного диуреза и основные требования к качественному ее составу (по М. А. Канаеву и др.)

Вес ребенка, кг	Количество жидкости, мл/кг	Качественный состав жидкости
1	2	3
До 10	180—220	Соотношение глюкозы и солевых р-ров у детей до 3 лет 2:1, старше 3 лет — 1:1. Обязательно введение калия Гидрокарбонат натрия 200 мг/кг веса
10—15	150—180	
15—20	120—130	
20—30	100—120	
30	90—120	

Важную роль играет антидотная терапия, но антидоты могут быть применены только в том случае, когда точно известен яд (табл. 5).

Основные антитоды, применяющиеся при отравлениях бытовыми ядами

Вещество, вызывающее отравление 1	Антитод 2
Анилин, перманганат калия, другие метгемоглобинообразующие соединения	Метиленовый синий 1—2 мл 1% р-ра на кг массы в/в. Аскорбиновая кислота 10—20 мл 5% р-ра в/в.
Антикоагулянты (при кровотечениях)	Аминокапроновая кислота 100 мл 5% р-ра в/в капельно, с повторением. Викасол 3—5 мл 1% р-ра в/в. Протамин сульфат (антитод гепарина) 3—5 мл 1% в/в.
Атропин	Прозерин 0,5—1 мл 0,05% р-ра в/в.
Барбитураты	Бемегрид 5—10 мл 0,5% в/в.
Метиловый спирт, этиленгликоль	Этиловый спирт до 50—70 мл 30% р-ра внутрь.
Морфин	Налорфин 0,5—3,0 мл 0,5% р-ра в/в.
Наперстянка	Хлорид калия 10% р-р, 10—30 мл внутрь.
Оксись углерода	Кислород (ингаляции, гипербарическая оксигенация).
Синильная кислота	Амилнитрит — вдыхание паров из раздавленной ампулы. Натрия нитрат 3—8 мл 1% р-ра в/в медленно. Натрия тиосульфат 5—15 мл 30% р-ра в/в. Хромосмон 30—100 мл в/в.
Формалин	Хлорид (или карбонат) аммония по десертной ложке 3% р-ра внутрь повторно.
Фосфорорганические соединения	Атропина сульфат в/в в 1% растворе по схеме (в зависимости от тяжести отравления). Дипиросим 1—2 мл 15% р-ра в/в

Параллельно мероприятиям по выведению яда из организма проводится также симптоматическое (посиндромное) лечение, значение которого возрастает при отравлении неизвестными ядами, а также, когда имеется клиника резорбтивного действия яда с нарушением жизненно важных функций организма. Чаще встречается нарушение дыхания (остановка дыхания, закупорка дыхательных путей слизью, рвотными массами и др.). Основой лечения любой

формы нарушения дыхания является восстановление проходимости дыхательных путей (отсасывание слизи, введение атропина при обильной секреции бронхиальных желез и т. д.), оксигенотерапия, при необходимости — искусственное дыхание. Для профилактики аспирационной пневмонии вводят антибиотики. Частым проявлением острых отравлений является также нарушение кровообращения. При оказании неотложной помощи главной задачей является быстрая коррекция объема циркулирующей крови с введением растворов, улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкин по 15—20 мл на кг массы, гемодез по 10—16 мл/кг массы); преднизолон по 1—2 мг/кг. При нарушениях сердечного ритма вводят панангин по 1 мл на год жизни в/в медленно на 5% растворе глюкозы; новокаиномид до года 1 мл, 2—4 года 2—3 мл, 5—7 лет 3—4 мл, 8—10 лет 4—6 мл 10% раствора; кокарбоксилаза по 50—100 мг в/м или в/в.

Если установлено отравление гепатотоксическими ядами, то уже на догоспитальном этапе проводится терапия, направленная на защиту печени: 5—10% раствор глюкозы в/в капельно с инсулином (1 ед. инсулина на 4 г глюкозы). В раствор глюкозы можно добавить также липоевую кислоту 0,5% раствор по 0,5—1 мл, кокарбоксилазу по 100—200 мг.

Все сведения о ребенке, обстоятельствах отравления и объеме оказанной помощи медицинская сестра должна подробно передать врачу по месту госпитализации.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Средняя месячная прибавка массы тела у недоношенных детей (в г)

Возраст (мес)	Масса тела при рождении			
	800—1000	1001—1500	1501—2000	2001—2500
1	180	190	190	300
2	400	650	700—800	800
3	600—700	600—700	700—800	700—800
4	600	600—700	800—900	700—800
5	550	750	800	800
6	450	800	700	700
7	500	950	600	700
8	500	600	700	700
9	500	550	450	700
10	450	500	400	400
11	500	300	500	400
12	450	350	400	350
1 год	7080	8530	9240	9930

Некоторые показатели психомоторного развития недоношенных детей на первом году жизни в зависимости от массы тела при рождении

Показатели психомоторного развития	Время появления (в месяцах)		
	I группа (до 1500 г)	II группа (1501—2000 г)	III группа (2001—2500 г)
Зрительно-слуховое сосредоточение	2—2 ^{1/2}	1 ^{1/2} —2	1—1 ^{1/2}
Удерживает голову в вертикальном положении	3—4	2	1 ^{1/2} —2
Поворот со спины на живот	6—7	5—6	5—5 ^{1/2}
Поворот с живота на спину	6—7	6—7	6—7
Самостоятельно сидит	7—8	7—8	7—8
—>—стоит	11—12	9—10	9
—<—ходит	14—15	11—13	11—12
Начинает произносить слова	12	11—12	11—12

Приложение 3

Режимы для недоношенных детей первого года жизни

Возраст	Масса при рождении ниже 1750 г	Масса при рождении 1750—2500 г
1	2	3
От 1 до 3—4 мес	7 кормлений через 3 ч. Сон днем—4 раза по 2,5 ч. Каждое бодрствование 15—20 мин.	До 2—2,5 мес 7 кормлений через 3 ч, затем—через 3,5 ч; сон днем по 2—2,5 ч. Бодрствование 30—40 мин.
От 3—4 до 6—7 мес	6 кормлений через 3,5 ч. Сон днем—4 раза по 2—2,5 ч. Каждое бодрствование 30—40 мин. Постепенно, начиная с 5 мес, сон днем сокращается до 2 ч 15 мин, а бодрствование удлиняется до 1 ч.	6 кормлений через 3,5 ч; с 5 мес—5 кормлений через 4 ч. Сон днем—3 раза по 2,5 ч. Бодрствование до 1,5 ч.
От 6—7 до 9—10 мес	5 кормлений через 4 ч. Сон днем—3 раза по 2 ч 15 мин—2,5 ч. Бодрствование до 1,5—2 ч.	5 кормлений через 4 ч. Сон днем—3 раза по 2 ч. Бодрствование до 2 ч.
От 9—10 мес до 1 года	5 кормлений через 4 ч. Сон днем—3 раза по 2 ч. Бодрствование до 2 ч 15 мин	5 кормлений через 4 ч. Сон днем—3 раза по 1,5—2 ч. Бодрствование до 2,5 ч.

Центильные распределения массы по длине тела (росту)

Рост, см	Центили						
	3	10	25	50	75	90	97

масса тела, кг

Мальчики 1-го года жизни

49	2,52	2,58	2,79	2,92	2,94	3,14	3,35
50	2,71	2,80	3,00	3,15	3,28	3,48	3,65
51	2,90	3,01	3,2	3,38	3,62	3,82	3,95
52	3,03	3,18	3,38	3,60	3,83	4,08	4,24
53	3,16	3,34	3,56	3,81	4,04	4,34	4,52
54	3,32	3,54	3,76	4,06	4,31	4,62	4,88
55	3,49	3,75	3,96	4,30	4,58	4,91	5,24
56	3,69	3,96	4,20	4,59	4,88	5,32	5,67
57	3,89	4,17	4,44	4,88	5,19	5,74	6,10
58	4,14	4,44	4,72	5,19	5,52	6,12	6,54
59	4,38	4,70	5,0	5,5	5,84	6,49	6,98
60	4,63	4,96	5,28	5,8	6,16	6,84	7,38
61	4,88	5,22	5,56	6,09	6,48	7,20	7,78
62	5,2	5,54	5,89	6,44	6,84	7,56	8,14
63	5,51	5,86	6,22	6,80	7,2	7,92	8,5
64	5,83	6,18	6,56	7,08	7,55	8,26	8,82
65	6,14	6,5	6,9	7,36	7,90	8,60	9,15
66	6,4	6,77	7,18	7,71	8,21	8,86	9,4
67	6,66	7,04	7,46	8,06	8,52	9,12	9,65
68	6,9	7,30	7,72	8,3	8,81	9,39	9,92
69	7,13	7,56	7,97	8,55	9,10	9,66	10,19
70	7,4	7,84	8,24	8,84	9,38	9,96	10,50
71	7,67	8,12	8,52	9,12	9,66	10,26	10,82
72	7,94	8,40	8,84	9,42	9,96	10,57	11,13
73	8,2	8,68	9,15	9,72	10,27	10,88	11,44
74	8,45	8,93	9,42	9,99	10,55	11,15	11,73
75	8,7	9,18	9,7	10,26	10,83	11,42	12,02

Мальчики-дошкольники

76	8,9	9,4	9,9	10,4	11,1	11,6	12,2
77	9,1	9,6	10,1	10,6	11,4	11,8	12,5
78	9,3	9,8	10,3	10,9	11,6	12,1	12,8
79	9,5	10,0	10,5	11,1	11,9	12,3	13,1
80	9,7	10,2	10,7	11,3	12,1	12,6	13,4
81	9,9	10,4	10,9	11,5	12,3	12,9	13,7
82	10,1	10,6	11,2	11,8	12,6	13,1	14,0
83	10,3	10,9	11,4	12,0	12,8	13,4	14,2
84	10,5	11,1	11,7	12,3	13,1	13,6	14,5
85	10,7	11,3	11,9	12,5	13,3	13,9	14,8
86	10,9	11,5	12,1	12,7	13,5	14,2	15,1
87	11,1	11,7	12,3	13,0	13,8	14,5	15,4
88	11,4	11,9	12,6	13,2	14,0	14,7	15,6
89	11,6	12,11	12,8	13,5	14,3	15,0	15,9

Рост, см	Центили						
	8	10	25	50	75	90	97
	масса тела, кг						
90	11,8	12,3	13,0	13,7	14,5	15,3	16,2
91	12,0	12,5	13,2	13,9	14,7	15,6	16,5
92	12,2	12,7	13,4	14,1	14,9	15,8	16,8
93	12,4	13,0	13,7	14,3	15,2	16,1	17,0
94	12,6	13,2	13,9	14,5	15,4	16,3	17,3
95	12,8	13,4	14,1	14,7	15,6	16,6	17,6
96	13,0	13,6	14,3	15,0	15,8	16,9	17,9
97	13,2	13,8	14,5	15,2	16,1	17,1	18,2
98	13,3	14,0	14,7	15,5	16,3	17,4	18,4
99	13,5	14,2	14,9	15,7	16,6	17,6	18,7
100	13,7	14,4	15,1	16,0	16,8	17,9	19,0
101	13,9	14,7	15,4	16,3	17,1	18,2	19,4
102	14,2	14,9	15,7	16,5	17,4	18,5	19,7
103	14,4	15,2	15,9	16,8	17,7	18,8	20,1
104	14,7	15,4	16,2	17,0	18,0	19,1	20,4
105	14,9	15,7	16,5	17,3	18,3	19,4	20,8
106	15,2	16,0	16,8	17,6	18,6	19,8	21,2
107	15,5	16,3	17,1	17,9	18,9	20,1	21,6
108	15,7	16,5	17,3	18,3	19,3	20,5	22,0
109	16,0	16,8	17,6	18,6	19,6	20,8	22,4
110	16,3	17,1	17,9	18,9	19,9	21,2	22,8
111	16,6	17,4	18,2	19,2	20,3	21,6	23,3
112	16,9	17,7	18,5	19,6	20,7	22,1	23,9
113	17,1	18,0	18,9	19,9	21,0	22,5	24,1
114	17,4	18,3	19,2	20,3	21,4	23,0	25,0
115	17,7	18,6	19,5	20,6	21,8	23,4	25,5
116	18,0	18,9	19,9	21,0	22,3	23,9	26,2
117	18,3	19,3	20,3	21,4	22,8	24,5	26,9
118	18,6	19,9	20,7	21,8	23,2	25,0	27,6
119	18,9	20,0	21,1	22,2	23,7	25,6	28,3
120	19,2	20,3	21,5	22,6	24,2	26,1	29,0
121	19,6	20,6	21,9	23,2	24,8	26,8	29,9
122	19,9	21,0	22,4	23,7	25,4	27,4	30,7
123	20,2	21,3	22,8	24,2	25,9	28,1	31,6
124	20,5	21,7	23,3	24,8	26,5	28,7	32,4
125	20,8	22,0	23,7	25,4	27,1	29,4	33,3
126	21,1	22,4	24,2	25,8	27,8	30,2	34,3
127	21,5	22,7	24,8	26,3	28,5	31,0	35,3
128	21,8	23,1	25,3	26,8	29,2	31,8	36,3
129	22,1	23,5	25,8	27,3	29,9	32,6	37,3
130	22,5	23,8	26,4	27,8	30,6	33,4	38,3

Мальчики-школьники

120	18,8	19,9	20,5	21,3	22,2	24,3	26,0
121	19,2	20,2	20,9	21,8	22,8	25,0	26,8
122	19,5	20,6	21,4	22,4	23,4	25,6	27,7
123	19,8	20,9	21,8	23,0	23,9	26,3	28,5

Рост, см	Центили						
	3	10	25	50	75	90	97
	масса тела, кг						
124	20,1	21,3	22,3	23,5	24,5	26,9	29,4
125	20,4	21,6	22,7	24,0	25,1	27,6	30,2
126	20,8	22,0	23,2	24,5	25,7	28,3	30,9
127	21,2	22,5	23,6	25,0	26,4	28,9	31,7
128	21,5	22,9	24,1	25,5	27,1	29,6	32,5
129	21,9	23,4	24,5	25,9	27,7	30,2	33,2
130	22,3	23,8	25,0	26,4	28,4	30,9	34,0
131	22,7	24,3	25,5	26,9	29,0	31,6	34,7
132	23,1	24,7	26,0	27,5	29,6	32,3	35,5
133	23,6	25,2	26,4	28,0	30,1	32,9	36,2
134	24,0	25,6	26,9	28,6	30,7	33,6	37,0
135	24,4	26,1	27,4	29,1	31,3	34,3	37,7
136	24,9	26,7	28,0	29,8	32,1	35,0	38,5
137	25,4	27,2	28,6	30,5	32,8	35,8	39,3
138	26,0	27,8	29,3	31,2	33,6	36,5	40,2
139	26,5	28,3	29,9	31,9	34,3	37,3	41,0
140	27,0	28,9	30,5	32,6	35,1	38,0	41,8
141	27,5	29,4	31,1	33,2	35,8	38,9	42,8
142	28,0	30,0	31,7	33,8	36,5	39,8	43,8
143	28,5	30,6	32,2	34,5	37,2	40,7	44,9
144	29,0	31,1	32,8	35,2	37,9	41,6	45,9
145	29,5	31,6	33,4	35,8	38,6	42,5	46,9
146	30,1	32,2	34,0	36,4	39,4	43,5	48,1
147	30,6	32,9	34,6	37,1	40,2	44,5	49,4
148	31,2	33,5	35,3	37,7	40,9	45,4	50,6
149	31,7	34,1	35,9	38,4	41,7	46,4	51,9
150	32,3	34,7	36,5	39,0	42,5	47,4	53,1

Центильные распределения массы по длине тела (росту).

Рост, см	Центили						
	3	10	25	50	75	90	97
	масса тела, кг						

Девочки 1-го года жизни

49	2,58	2,72	2,81	2,96	3,10	3,24	3,41
50	2,74	2,90	3,00	3,17	3,37	3,52	3,67
51	2,90	3,07	3,2	3,38	3,64	3,80	3,93
52	3,02	3,22	3,36	3,56	3,84	4,03	4,20
53	3,14	3,36	3,52	3,75	4,04	4,26	4,48
54	3,26	3,50	3,69	3,96	4,29	4,58	4,80
55	3,39	3,65	3,86	4,18	4,54	4,89	5,12
56	3,57	3,88	4,09	4,45	4,84	5,20	5,53
57	3,75	4,11	4,32	4,72	5,13	5,50	5,94

Рост см	Центили						
	3	10	25	50	75	90	97
	масса тела, кг						
58	3,98	4,38	4,60	5,03	5,46	5,88	6,38
59	4,22	4,64	4,88	5,34	5,80	6,27	6,82
60	4,49	4,91	5,17	5,64	6,12	6,64	7,22
61	4,76	5,18	5,46	5,95	6,44	7,00	7,62
62	5,11	5,50	5,82	6,32	6,82	7,39	8,00
63	5,45	5,82	6,18	6,68	7,20	7,78	8,38
64	5,92	6,10	6,49	7,06	7,52	8,11	8,70
65	6,04	6,38	6,80	7,46	7,84	8,44	9,01
66	6,34	6,66	7,10	7,69	8,14	8,74	9,31
67	6,64	6,94	7,40	7,92	8,44	9,04	9,61
68	6,88	7,19	7,64	8,18	8,70	9,31	9,90
69	7,11	7,44	7,89	8,43	8,96	9,58	10,19
70	7,36	7,69	8,18	8,70	9,23	9,89	10,50
71	7,71	7,94	8,46	8,96	9,50	10,20	10,80
72	7,84	8,19	8,68	9,21	9,77	10,48	11,09
73	8,08	8,44	8,91	9,46	10,03	10,76	11,38
74	8,3	8,66	9,14	9,70	10,28	10,99	11,61
75	8,52	8,88	9,38	9,94	10,53	11,22	11,84

Девочки-дошкольницы

76	8,7	9,1	9,6	10,1	10,7	11,4	12,1
77	8,9	9,3	9,8	10,3	11,0	11,7	12,3
78	9,0	9,5	10,0	10,6	11,2	11,9	12,6
79	9,2	9,7	10,2	10,8	11,5	12,2	12,8
80	9,4	9,9	10,4	11,0	11,7	12,4	13,1
81	9,6	10,1	10,6	11,3	11,9	12,7	13,4
82	9,8	10,3	10,8	11,5	12,2	12,9	13,7
83	10,0	10,5	11,0	11,7	12,4	13,2	13,9
84	10,2	10,7	11,2	12,0	12,7	13,4	14,2
85	10,4	10,9	11,4	12,2	12,9	13,7	14,5
86	10,6	11,1	11,6	12,4	13,1	13,9	14,8
87	10,8	11,3	11,8	12,6	13,3	14,1	15,0
88	11,0	11,6	12,1	12,9	13,6	14,4	15,3
89	11,2	11,8	12,3	13,1	13,8	14,6	15,5
90	11,4	12,0	12,5	13,3	14,0	14,8	15,8
91	11,6	12,2	12,7	13,5	14,2	15,1	16,0
92	11,8	12,4	12,9	13,8	14,5	15,3	16,3
93	12,1	12,7	13,2	14,0	14,7	15,6	16,5
94	12,3	12,9	13,4	14,3	15,0	15,8	16,8
95	12,5	13,1	13,6	14,5	15,2	16,1	17,0
96	12,7	13,3	13,8	14,7	15,5	16,4	17,3
97	12,9	13,5	14,1	15,0	15,7	16,6	17,6
98	13,1	13,8	14,3	15,2	16,0	16,9	18,0
99	13,3	14,0	14,6	15,5	16,2	17,1	18,3
100	13,5	14,2	14,8	5,7	16,5	17,4	18,6
101	13,8	14,5	15,1	16,0	16,8	17,7	19,0
102	14,0	14,7	15,4	16,3	17,1	18,1	19,3
103	14,3	15,0	15,6	16,5	17,4	18,4	19,7

Рост, см	Центили						
	3	10	25	50	75	90	97
	масса тела, кг						
104	14,5	15,2	15,9	16,8	17,8	18,8	20,0
105	14,8	15,5	16,2	17,1	18,1	19,1	20,4
106	15,1	15,8	16,5	17,4	18,4	19,5	20,8
107	15,4	16,0	16,8	17,7	18,8	19,9	21,3
108	15,7	16,3	17,0	18,0	19,1	20,3	21,7
109	16,0	16,5	17,3	18,3	19,5	20,7	22,2
110	16,3	16,8	17,6	18,6	19,8	21,1	22,6
111	16,6	17,1	18,0	19,0	20,2	21,6	23,1
112	16,9	17,5	18,3	19,4	20,6	22,0	23,7
113	17,2	17,8	18,7	19,7	20,9	22,4	24,2
114	17,5	18,2	19,0	20,1	21,3	22,9	24,8
115	17,8	18,5	19,4	20,5	21,7	23,4	25,3
116	18,1	18,9	19,8	20,9	22,2	23,9	26,0
117	18,4	19,3	20,1	21,2	22,6	24,0	26,6
118	18,7	19,6	20,4	21,6	23,1	24,9	27,3
119	19,0	20,0	20,8	22,0	23,5	25,4	27,9
120	19,3	20,4	21,2	22,4	24,0	25,9	28,6
121	19,6	20,8	21,6	22,9	24,6	26,7	29,7
122	19,9	21,2	22,1	23,4	25,2	27,5	30,8
123	20,2	21,5	22,5	23,9	25,9	28,3	31,9
124	20,5	21,9	23,0	24,4	26,5	29,1	33,0
125	20,8	22,3	23,4	24,9	27,1	29,9	34,1
126	21,2	22,8	24,1	25,6	27,8	30,8	35,2
127	21,5	23,3	24,7	26,3	28,6	31,8	36,3
128	21,9	23,8	25,3	27,0	29,3	32,7	37,3
129	22,8	24,8	25,5	27,7	30,8	33,6	38,4
<i>Девочки-школьницы</i>							
120	18,5	19,3	20,4	21,4	22,6	23,7	25,8
121	18,9	19,7	20,8	21,9	23,2	24,5	26,7
122	19,2	20,1	21,3	22,4	23,8	25,2	27,6
123	19,6	20,5	21,7	22,9	24,4	26,0	28,4
124	19,9	20,9	22,2	23,4	25,0	26,7	29,3
125	20,3	21,3	22,6	23,9	25,6	27,5	30,2
126	20,7	21,8	23,1	24,5	26,2	28,3	31,1
127	21,2	22,3	23,6	25,1	26,8	29,1	32,0
128	21,6	22,8	24,1	25,6	27,5	29,8	32,8
129	22,1	23,3	24,6	26,2	28,1	30,6	33,7
130	22,5	23,8	25,1	26,8	28,7	31,4	34,6
131	22,9	24,2	25,6	27,3	29,4	32,2	35,4
132	23,4	24,7	26,1	27,8	30,0	32,9	36,2
133	23,8	25,1	26,5	28,4	30,7	33,7	37,1
134	24,3	25,6	27,0	28,9	31,3	34,4	37,9
135	24,7	26,0	27,5	29,4	32,0	35,2	38,7
136	25,2	26,5	28,0	30,0	32,7	36,0	39,6
137	25,6	26,9	28,6	30,5	33,3	36,7	40,4
138	26,1	27,4	29,1	31,1	34,0	37,5	41,3
139	26,5	27,9	29,6	31,7	34,7	38,3	42,2
140	27,0	28,3	30,2	32,2	35,3	39,0	43,0

ПАМЯТКА

по контролю за нервно-психическим развитием детей первого года жизни для патронажных сестер

Возраст, мес	Органы зрения и слуха	Эмоции	Движения		Речь	Что понимает ребенок в речи взрослого	Навыки
			руками	общие			
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Фиксация взгляда на блестящих предметах и лице взрослого.	Первая улыбка		Попытка удержать головку лежа на животе			
2.	Слежение. Прислушивание.	Быстро отвечает улыбкой					
3.	Сосредоточение слуховое. Зрительное сосредоточение в вертикальном положении.	«Комплекс» оживления	Случайно наталкивается на игрушку, висящую над грудью	Хорошо удерживает головку лежа на животе. Есть упор ног	Начало гуления		
4.	Находит невидимый источник звука.	Громко смеется	Захватывает подвешенную игрушку		Гуление		
5.	Различает интонацию. Отличает чужих от близких.		Четко берет игрушку, которую держит взрослый	Переворачивается на живот. Устойчиво стоит при поддержке под мышки	Подолгу гулит		

1	2	3	4	5	6	7	8
6.			Свободно берет игрушку из разных положений	Переворачивает — с живота на спину. Подползает	Начало лепета		Ест с ложки, снимая пищу губами
7.			— „ —	Хорошо ползает	Подолгу лепечет, произнося одни и те же слоги	Вопрос «где?». Находит предмет в определенном месте	
8.			Игрушками занимается долго. Подражает движениям взрослого	Сам садится и ложится. Встает, держась за барьер. Переступает	Громко, повторно произносит различные слоги	По просьбе взрослого выполняет «ладушки», «дай ручки», «дай ручки» и т. д.	Сам держит и ест корочку хлеба; пьет из чашки, которую держит взрослый
9.			Действует с предметами (катает, выбирает в зависимости от их свойств)	Ходит, слегка придерживаясь за предметы	Подражает различным слогам взрослого	На вопрос «где?» находит предметы в разных местах: знает свое имя	Первые проявления опрятности
10.			Открывает — закрывает — вынимает — вкладывает	Влезает на невысокую поверхность и слезает с нее		По просьбе «дай» дает знакомые предметы	

1	2	3	4	5	6	7	8
11.			Накладывает кубики, снимает и надевает кольца с большими отверстиями	Стоит самостоятельно	Употребляет первые слова-обозначения: ав-ав, кис-кис	Выполняет по просьбе «покачай лялю», «где глазки» и т. д. (разученные действия)	
12.				Ходит самостоятельно	Запас простых слов около 10	Увеличивается запас понимаемых слов	Пьет из чашки самостоятельно

Рекомендуемые сроки введения и примерное количество отдельных продуктов детям 1-го года жизни на грудном вскармливании*

Наименование продуктов и блюд	Месяцы жизни									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10-12
Фруктовый сок (мл)	с 5 до 30	30	30	40-50	50-60	60	60	70	80	90-100
Пюре фруктовое (г)	5-10 (с 1,5 мес)	30	40	50	50-60	60	60	70	80	90-100
Творог (г)	по показаниям			5-20	30	40	40	40	40	50
Желток (шт.)	—	—	1/4	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
Пюре овощное (г)	—	—	—	С 10 до 130 с 4,5 мес	150	150	100	100	180	200
Каша (г)	—	—	—	—	С 50 до 150	150	150	170	180	200
Мясное пюре (г)	—	—	—	—	—	—	5-30	50	50	60-70
Кефир (мл)	—	—	—	—	—	—	200	200	200	400-600
Бульон (мл)	—	—	—	—	—	—	20	30	30	30
Хлеб (г)	—	—	—	—	—	—	—	5	5	10

Наименование продуктов и блюд				
	1	2	3	
Сухаря, печенье (г)	—	—	—	
Растительное масло (г)	—	—	—	
Сливочное масло (г)	—	—	—	

* Вскармливание детей первого года жизни. Методические рекомендации,

Продолжение прилож. 6

Месяцы жизни

4	5	6	7	8	9	10—12
—	—	—	3—5	5	10	10—15
1—3	3	3	3	5	5	6
—	1—4	4	4	5	5	6

МЗ СССР, 1982 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Функциональные обязанности медицинской сестры педиатрического участка <i>О. П. Скицко</i>	3
Организация медицинской помощи новорожденным <i>В. В. Исак, Л. Г. Черемпей</i>	9
Аntenатальная профилактика	9
Вскармливание новорожденных детей	13
Уход за новорожденным	15
Организация медицинской помощи новорожденным из групп риска	22
Физическое развитие детей <i>Л. М. Антонова, О. П. Скицко</i>	31
Закаливание	34
Нервно-психическое развитие детей <i>Т. Л. Гуцул</i>	38
Первый год жизни	38
Второй год жизни	41
Подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение	45
Подготовка детей к школьному обучению	47
Вскармливание детей раннего возраста <i>Т. Л. Гуцул</i>	49
Искусственное вскармливание	52
Смешанное вскармливание	54
Питание детей от 1 года до 3 лет	56
Профилактические прививки <i>Т. Л. Гуцул</i>	58
Гнойно-септические заболевания новорожденных <i>В. В. Исак</i>	64
Абсцессы множественные кожи	65
Везикулоступулез	65
Дерматит эксfolлиативный Риттера	66
Диарея новорожденных	66
Конъюнктивит	67
Мастит новорожденных	67
Менингит гнойный	68
Омфалит гнойный	69
Омфалит катаральный	69
Остеомиелит	70
Пузырчатка новорожденных	70
Сепсис новорожденных	71
Флегмона новорожденных	71
Рахит <i>Л. М. Антонова</i>	75
Гипотрофия <i>Л. М. Антонова</i>	80
Экссудативный диатез <i>Л. Г. Черемпей</i>	84
Заболевания органов дыхания <i>М. А. Рудь, Е. Ф. Баранова</i>	89
Бронхиты	89
Вирусные заболевания дыхательных путей	91

Дыхательная недостаточность острая	96
Инородные тела дыхательных путей	97
Ларинготрахеит стенозирующий	98
Острые пневмонии	101
Хроническая пневмония	104
Заболевания сердечно-сосудистой системы М. А. Рудь	107
Врожденные пороки сердца и сосудов	107
Кардиты	109
Нарушения сердечного ритма	110
Остановка сердца	112
Ревматизм	113
Сердечная недостаточность (острая)	116
Сосудистая недостаточность	117
Заболевания органов пищеварения Е. Ф. Баранова, О. П. Скичко	119
Гастрит острый	119
Гастрит хронический	120
Гастродуоденит	122
Хронический гепатит	122
Дискинезии желудочно-кишечного тракта у детей раннего	
возраста	126
Пилороспазм	126
Пилоростеноз	127
Запоры	128
Кишечный токсикоз с эксикозом	130
Панкреатит острый	132
Панкреатит хронический	135
Функциональные заболевания желудка	136
Холепатии органические	137
Холецистит острый	137
Холелитиаз (желчно-каменная болезнь)	139
Холепатии функциональные	141
Дискинезия желчевыводящих путей	141
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	143
Заболевания мочевыводящих путей Л. М. Антонова	146
Гломерулонефрит	146
Пиелонефрит	150
Цистит	155
Аллергические заболевания В. Ф. Баранова	158
Аллергия бытовая	158
Аллергия лекарственная	158
Аллергия пищевая	159
Аллергия респираторная	162
Аллергический ринит	162
Бронхиальная астма	163
Анафилактический шок	164
Крапивница	166
Поствакцинальные аллергические осложнения	167
Судорожные и коматозные состояния В. Ф. Баранова	168
Судороги при менингитах и менингоэнцефалитах	168
Судороги при нейротоксикозе	168
Судороги у новорожденных	170
Судороги при спазмофилии	171
Судороги при эпилепсии	172
Диабетические комы	174

Кома гипергликемическая, кетоацидотическая	174
Кома гипогликемическая	175
Острая надпочечниковая недостаточность	176
Болезни органов кроветворения <i>Я. Г. Фортуна</i>	178
Анемии	178
Гемобласты	181
Геморрагические диатезы у детей	184
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	184
Гемофилия	186
Геморрагический васкулит	188
Острые отравления у детей <i>Я. Г. Фортуна</i>	191
Приложения	197

Справочное издание

Лидия Михайловна Антонова,
Елена Федоровна Баранова,
Тамара Леонидовна Гуцу и др.

**СПРАВОЧНИК
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УЧАСТКА**

Зав. редакцией В. Батыр.
Редактор М. Шапиро.
Художник В. Манчук.
Художественный редактор В. Буев.
Технический редактор Г. Андреева.
Корректор Т. Вальмус.

ИБ № 4227

Сдано в набор 3.03.89. Подписано к печати 15.05.89.
Формат 84×108^{1/32}. Бумага кн.-журн. Гарнитура литера-
турная. Печать высокая. Усл.-печ. листов 11,34, Усл.кр.-
отт. 11,66. Уч.-изд. листов 12,26. Тираж 50 000. (в перепле-
те № 7—2000, в обложке—48 000). Зак. № 185. Цена в
переплете № 7—1 руб. 10 коп;
в обложке—70 коп.

Издательство «Картя Молдовеняскэ»
277004, Кишинев, пр. Ленина, 180.

Центральная типография, 277068, Кишинев, ул. Флори-
лор, 1. Государственный комитет Молдавской ССР по
делам издательств, полиграфии и книжной торговли.

С 74 **Справочник медицинской сестры педиатрического участка. — Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1989. — с. ISBN 5—362—00108—6**

В справочнике рассмотрены наиболее актуальные проблемы детского возраста, описаны особенности развития, питания и профилактики некоторых заболеваний у здоровых детей, а также причины возникновения, клинические особенности и лечение наиболее часто встречающихся соматических болезней; рассмотрены патологические состояния, требующие неотложных интенсивных мероприятий на госпитальном и догоспитальном этапах лечения, уделено внимание правильной организации работы участковой медсестры.

Справочник предназначен для участковых медицинских сестер городской и сельской местности.

С 4108170000—021
М 751 (10)—89 **133—89**

ББК 57.3я-2