

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ОБЩИЙ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Чита - 2018

УДК 616-053.2

**Панченко А.С., Петрухина И.И., Левченко Н.В.,
Максимова О.Г., Батаева Е.П., Панова М.С.**

Общий уход за ребенком: учебное пособие. - Чита: РИЦ ЧГМА, 2018. - 113 с.

"Общий уход за здоровыми и больными детьми терапевтического и хирургического профиля" является начальным этапом освоения студентами навыков ухода за здоровыми и больными детьми разного возраста. В данном пособии представлены сведения о работе, структуре лечебно-профилактических учреждений. Важнейшей составляющей является воспитание с первых лет обучения у студентов-медиков чувства милосердия и сопереживания за судьбу их пациентов, формирование любви к избранной трудной и ответственной профессии детского врача.

Учебное пособие к дисциплине "Общий уход за здоровыми и больными детьми терапевтического и хирургического профиля" предназначено для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальности "Педиатрия".

Рецензенты:

Профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней
ФГБОУ ВО Читинской государственной медицинской академии
д.м.н. **Аксенова Т.А.**

Доцент кафедры детской хирургии
ФГБОУ ВО Читинской государственной медицинской академии
к.м.н. **Дручкова С.Л.**

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
1. Этика и деонтология в педиатрии. Юридические и правовые основы в медицине.....	5
2. Уход за здоровым грудным ребенком.....	10
2.1. Уголок ребенка. Техника выполнения манипуляций по уходу за кожей, полостью рта, глазами, носом, половыми органами, гигиенические ванны. Оценка и регистрация стула. Одежда детей первого года жизни. Техника пеленания. Элементы воспитания детей раннего возраста, режим дня, сон.....	10
2.2. Питание грудных детей, обработка бутылочек и сосок. Кормление здоровых детей. Антропометрия у детей.....	22
2.3. Методы и техника закаливания детей (для самостоятельной работы студентов).....	32
2.4. Массаж, гимнастика (для самостоятельной работы студентов).....	34
3. Детская больница.....	36
3.1. Прием больного в стационар. Санитарная обработка больного в детском приемном отделении стационара. Транспортировка больных.....	36
3.2. Структура и организация работы детского соматического стационара.....	43
3.3. Функциональные обязанности младшего медицинского персонала.....	51
3.4. Техника влажной уборки помещения. Правила текущей и заключительной дезинфекции.....	52
3.5. Питание больных детей.....	58
4. Уход за больным ребенком.....	64
4.1. Уход за лихорадящим ребенком и с заболеваниями кожи.....	64
4.2. Уход за детьми с заболеваниями дыхательной системы.....	72
4.3. Уход за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и повышенной кровоточивостью.....	77
4.4. Уход за детьми с заболеваниями пищеварительной системы.....	84
4.5. Уход за детьми с заболеваниями мочевыделительной системы.....	90
4.6. Подготовка детей к оперативному вмешательству. Уход за хирургическими больными после операции.....	97
4.7. Уход за травматологическими и ортопедическими больными.....	104
4.8. Доврачебная помощь при механических повреждениях мягких тканей и костей скелета (для самостоятельной подготовки студентов).....	109
Рекомендуемая литература.....	113

ВВЕДЕНИЕ

Дисциплина "Общий уход за здоровыми и больными детьми терапевтического и хирургического профиля" является первой, на которой будущие врачи-педиатры знакомятся с клинической кафедрой, детской больницей, особенностями ухода за здоровыми и больными детьми.

Цель изучения данной дисциплины - это обучение студентов-педиатров квалифицированному уходу за здоровыми и за больными детьми.

Задачами дисциплины являются:

- изучение основных обязанностей младшего медицинского персонала, условий их работы в детских медицинских организациях;
- воспитание у студентов-педиатров принципов медицинской деонтологии и этики, любви к избранной профессии;
- овладение правилами и приемами ухода за детьми и элементами их воспитания;
- обучение приемам дифференцированного ухода за детьми с наиболее распространенной патологией и оказания экстренной доврачебной помощи при внезапно развившихся критических ситуациях;
- обучение медицинским процедурам и манипуляциям.

В ходе изучения дисциплины "Общий уход за здоровыми и больными детьми терапевтического и хирургического профиля" студенты-педиатры должны освоить компетенции ОПК-4, ОПК-10.

1. ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ. ЮРИДИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ В МЕДИЦИНЕ.

Изучив данную тему, студент должен знать:

- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения;
- права пациентов и врача;
- основные этические документы международных и отечественных профессиональных и медицинских ассоциаций и организаций.

Студенты должны **уметь**:

- давать этическую оценку последствиям использования медицинских технологий.

Студенты должны **владеть**:

- соблюдать врачебную тайну;
- соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии в работе с детьми, и их родителями (законными представителями), коллегами.

Краткое изложение теоретического материала

В процессе своей профессиональной деятельности каждый медицинский работник должен непременно следить за соблюдением этико-деонтологических принципов во взаимоотношениях как с больными или их родственниками, так и между собой.

Медицинская этика, являющаяся составной частью этики, рассматривает гуманистические, нравственные начала в деятельности медицинских работников. Слово "этика" произошло от греческого "ethos" - обычай.

Принципы медицинской этики должны - соблюдаться медиками в их повседневной деятельности. Долг медицинского работника - оказать помощь больному на самом высоком профессиональном уровне, и никогда и ни под каким предлогом не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей. Этические нормы поведения медицинских работников, особенно работающих в педиатрии, должны быть пронизаны, в высшей степени, гуманистическим содержанием, любовью к детям, состраданием к больному ребенку, сочувствием к родственникам.

При общении с детьми медицинский работник испытывает эмоциональное напряжение, иногда связанное с неправильным поведением детей, их капризами, необоснованными требованиями родителей и т.п. В этих случаях медицинский работник, должен сохранять спокойствие, не поддаваться сиюминутным настроениям, уметь подавлять в себе раздражительность и чрезмерную эмоциональность. Необходимо помнить, что болезнь, особенно серьезная, плюс пребывание в незнакомых условиях, вдали от семьи, изменяют - психику ребенка. В свою очередь воздействие словом на больного поистине велико - оно создает ту душевную настроенность, которая является ценнейшим фактором излечения.

В круг вопросов медицинской этики входят проблемы, от успешного решения которых зависят жизнь и здоровье не только ныне живущих, но и будущих поколений. К ним относятся борьба за мир, борьба против создания и накопления средств массового уничтожения, охрана окружающей среды.

Для медицинского персонала долг заключается, прежде всего, в четком выполнении всех возложенных обязанностей по уходу за больными детьми. Недопустимо разделение детей на "хороших" и "плохих", а тем более выделение "любимчиков". Дети необыкновенно чувствительны к ласке и тонко чувствуют отношение к ним взрослых. Тон разговора с детьми всегда должен быть ровным, приветливым. Все это способствует установлению между ребенком и медицинским персоналом доброжелательных, доверительных отношений и оказывает на больного положительное влияние.

Медицинский персонал, грамотно выполняя врачебные назначения, не должен давать никакой лишней информации больному или его родственникам ни о состоянии ребенка, ни о недостатках, которые могут возникнуть в процессе ухода и лечения.

Во взаимоотношениях между медицинскими работниками и родителями немаловажное значение имеет форма обращения. Обращаясь к родителям, медицинский работник должен называть их по имени и отчеству, не допускать фамильярности. Правильная тактика общения медицинского персонала с родными и близкими больного ребенка создает должное психологическое равновесие межличностных взаимоотношений: медицинский работник - ребенок - его родители.

Взаимоотношения между медицинскими работниками предусматривают взаимоуважение и взаимопомощь при соблюдении субординации (подчинение младшего по должности более старшему): младший медицинский персонал, медицинская сестра, врач, заведующий отделением, заместитель главного врача по лечебной части, главный врач.

Уход за ребенком, помимо профессиональной подготовки, требует от медицинского работника большого терпения и любви к детям. Важно иметь представление о степени соответствия психического и физического развития ребенка, знать его личностные качества. Следует помнить, что у детей дошкольного и младшего школьного возраста нередко возникают страх боли, боязнь белых халатов, одиночества и т. п. В связи с этим у таких детей часто развиваются невротические реакции (недержание мочи или кала, заикание и т. п.). Младший медицинский персонал, медицинская сестра должны помочь ребенку преодолеть страх. Необходимо в доверительной беседе с ребенком выяснить причины того или иного страха, рассеять его, ободрить.

Медицинская деонтология (от греч. deontos - должное, надлежащее + logos - слово) - совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей. Она входит в раздел медицинской этики, поскольку последняя охватывает более широкий круг вопросов. Деонтология изучает принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение эффективности лечения, устранение неблагоприятных факторов в медицинской деятельности и вредных последствий неполноценной медицинской работы. Согласно Международному кодексу врачебной деонтологии, выделяют два стратегических требования к врачу и другим медицинским работникам: 1) знание и 2) доброжелательное отношение к людям.

Взаимоотношения медицинских работников. В условиях стационара это имеет особое значение. Любое нарушение этики взаимоотношений медицинских работников, невыполнение ими профессиональных обязанностей сказывается на эффективности лечебного процесса. Недопустимо выяснение отношений между медицинскими работниками любых должностей в присутствии больных детей или их родственников. Замечание младшему по должности должно быть сделано тактично. Медицинские работники не должны вести разговоры на профессиональные темы при больных детях.

Отношение к детям любого возраста должно быть равным, доброжелательным. Это правило необходимо соблюдать с первых дней пребывания в больнице.

Взаимоотношения медицинских работников с родителями и близкими больного ребёнка. Родители, особенно матери, в большинстве случаев тяжело переживают заболевание ребёнка. Мать тяжелобольного ребёнка в той или иной степени психически травмирована, и её реакции могут быть неадекватными. Поэтому необходим индивидуальный подход к матери со стороны всех без исключения медицинских работников. Особые трудности могут возникнуть, когда родители пытаются узнать диагноз заболевания ребёнка, уточнить правильность проводимого лечения, назначения процедур. В этих случаях беседа младшего медицинского персонала с родственниками не должна выходить за рамки его компетенции. Младший медицинский персонал не имеет права рассказывать о симптомах и возможном прогнозе заболевания, необходимо извиниться, сослаться на неосведомлённость и направить родственников к лечащему врачу или заведующему отделением. Не следует идти "на поводу" у родителей, стремиться выполнить необоснованные требования,

например, изменить диету, режим. Во взаимоотношениях с родителями немаловажное значение имеет форма общения. Обращаться к ним следует по имени и отчеству, не допускать фамильярности и не употреблять такие слова, как "мамаша" и "папаша".

Тактика поведения медицинского работника. Медицинский работник должен уметь компенсировать детям отсутствие родителей и близких. Особенно плохо переносят разлуку дети до 5 лет. Однако даже болезненно переживающие временный отрыв от родителей дети довольно быстро привыкают к новой обстановке, успокаиваются. В связи с этим частые посещения родителей в первые дни госпитализации могут травмировать психику ребёнка. Целесообразно в период адаптации (3-5 дней) не допускать частых визитов родителей, если родители не могут находиться с ребёнком постоянно. Медицинскому работнику принадлежит ведущая роль в создании благоприятной психологической обстановки в лечебном учреждении, напоминающей ребёнку домашнюю обстановку (организация игр, просмотр телевизионных передач и т.д.). Очень важно уметь держать себя среди больных и коллег, вести беседу соответственно обстановке и т.п. Любой работающий в лечебно-профилактическом учреждении должен иметь опрятный вид, следить за чистотой своего тела, одежды, обуви, избегать украшений, лишней косметики. Рабочая одежда всегда должна находиться в образцовой чистоте и порядке, быть установленной формы, принятой в данном учреждении. Большой вред ребёнку наносит "пассивное" курение, поэтому в детских лечебно-профилактических учреждениях курение запрещено. К этическим нормам поведения относится также форма приветствия друг друга. К старшим товарищам по работе и друг к другу необходимо обращаться только по имени и отчеству.

Врачебная тайна. Медицинский работник не имеет права разглашать сведения о больном, полученные во время обследования, лечения, наблюдения. Не следует вслух высказывать мнение о состоянии больного, возможном прогнозе заболевания, давать оценку применяемому лечению и т.п. Особое значение в сохранении врачебной тайны имеет правильное хранение медицинской документации. Ни один из документов не должен быть источником разглашения врачебной (медицинской) тайны.

Юридическая ответственность. Медицинский персонал несет не только моральную ответственность за охрану здоровья больных и выполнение своих обязанностей. Российское законодательство предусматривает юридическую ответственность врачей и медицинских работников в следующих случаях:

- небрежное отношение к своим обязанностям, повлекшее за собой ухудшение состояния здоровья больного, рассматривается как преступная халатность;
- нарушение санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил, если эти нарушения повлекли или могли повлечь распространение эпидемических и других заразных заболеваний, рассматривается как преступление против здоровья населения;
- грубое нарушение техники манипуляции, повлекшее за собой смерть больного, рассматривается как непредумышленное убийство;
- хищение лекарственных средств и инвентаря рассматривается как хищение государственной или иной собственности;
- хищение наркотических анальгетиков рассматривается как особо опасное преступление;
- неоказание больному помощи лицом, обязанным ее оказать, если в результате этого наступили тяжелые последствия (смерть, тяжелое состояние), рассматривается как уголовное преступление.

Вопросы для самоподготовки.

1. Понятие о медицинской этике.
2. Понятие о медицинской деонтологии.
3. Врачебная тайна - правила поведения.
4. Юридическая ответственность медицинских работников.

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ

1. ЭТИКА В ПЕРЕВОДЕ ОЗНАЧАЕТ

- 1) обычай
- 2) правило
- 3) исключение
- 4) новое
- 5) старое

2. ДОЛГ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

- 1) оказание квалифицированной медицинской помощи
- 2) направление на госпитализацию
- 3) улучшение качества жизни
- 4) повышение культурного уровня населения
- 5) повышение работоспособности населения

3. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПЕДИАТРИИ

- 1) воспитание
- 2) гуманизм
- 3) сострадание
- 4) материальная помощь
- 5) жалость

4. МЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ В ОТНОШЕНИЯХ С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНОГО

- 1) дает рекомендации
- 2) не дает рекомендации
- 3) направляет к главному врачу
- 4) не разговаривает вообще
- 5) вызывает полицию

5. ДЕОНТОЛОГИЯ - ЭТО

- 1) этические нормы и принципы
- 2) комплекс упражнений
- 3) наука о здоровье
- 4) наука о питании
- 5) художественный вымысел

6. МЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

- 1) меняет диету больному
- 2) не меняет диету больному
- 3) комбинирует диету
- 4) расширяет диету
- 5) переводит на "свободную" диету

7. ОБРАЩЕНИЯ К СОТРУДНИКАМ НА РАБОТЕ

- 1) по имени
- 2) по имени и отчеству
- 3) по фамилии
- 4) не обращаться совсем
- 5) только в присутствии родителей

8. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА - ЭТО

- 1) данные о семейном положении
- 2) данные о результатах обследования, лечении
- 3) данные о материальном положении

- 4) сведения о прививках
- 5) сведения о посетителях

9. МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК НЕСЁТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

- 1) материальную
- 2) юридическую
- 3) консультативную
- 4) техническую
- 5) политическую

10. ХИЩЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК

- 1) кража
- 2) особо опасное преступление
- 3) никаких последствий
- 4) ответственность перед родственниками
- 5) ответственность перед старшей медицинской сестрой

Эталоны ответов: 1-1, 2-1, 3-2, 4-2, 5-1, 6-1, 7-2, 8-2, 9-2, 10-2.

2. УХОД ЗА ЗДОРОВЫМ ГРУДНЫМ РЕБЕНКОМ

2.1. Уголок ребенка. Техника выполнения манипуляций по уходу за кожей, полостью рта, глазами, носом, половыми органами, гигиенические ванны. Оценка и регистрация стула. Одежда детей первого года жизни. Техника пеленания. Элементы воспитания детей раннего возраста, режим дня, сон

Изучив данную тему, студенты должны **знать**:

- методику обработки кожи, полости рта, половых органов;
- характер стула ребенка грудного возраста, находящегося на естественном, искусственном вскармливании;
- элементы воспитания ребенка;
- режим дня ребенка грудного возраста;
- основы безопасности ребенка.

Студенты должны **уметь**:

- обрабатывать кожу, глаза, носовые ходы;
- провести гигиеническую ванну;
- запеленать и одеть грудного ребенка;
- организовать режим дня для ребенка грудного возраста;
- оценивать стул ребенка грудного возраста;
- обучать навыкам опрятности детей раннего возраста;
- подобрать игрушки для детей в зависимости от возраста.

Студенты должны **владеть**:

- навыками ухода за здоровыми детьми (обработка кожи, глаз, носа, пеленание).

Краткое изложение теоретического материала

Дети первого года жизни особенно нуждаются в тщательном уходе и наблюдении. Основой ухода является соблюдение строжайшей чистоты, а для новорожденного ребенка и стерильности (асептики).

Уголок ребенка. Для грудного ребенка в квартире или комнате необходимо выделить отдельный уголок. Для этого используют самую светлую часть помещения, которую необходимо освободить от лишних предметов (ковров, дорожек, кресел и др.). Не допускается наличие цветов и других растений. Температура в комнате новорожденного должна быть 22-23°, со второго месяца жизни - 19-22°. В детской комнате не курят, не принимают гостей. Ежедневно должна проводиться влажная уборка, проветривание - 3-5 раз в сутки.

В уголке ребенка ставятся кровать, столик для пеленания, тумбочка или полка для предметов ухода. Стол используют для пеленания, а в дальнейшем для массажа, гимнастики. Стол накрывают мягким байковым одеялом, сверху которого располагается клеенка. Кровать должна быть с боковыми стенками, свободно пропускающими воздух. Нельзя занавешивать кровать пологом или занавеской (нарушается вентиляция воздуха). Кроватьку ставят подальше от отопительной системы, т.к. сухой, теплый воздух вызывает сухость слизистых носа и полости рта, иногда перегревание.

Требования к постели. Ребенку необходим жесткий матрасик, равномерно плоский и туго набитый (ватный, из кокосовой стружки, конского волоса и др.). Не следует применять матрасы из пуха и пера, т.к. это может вызвать перегревание, возможна аллергизация компонентами пуха, а вследствие мягкости материала - деформация скелета. Сверху матрасик можно обтянуть клеенкой, либо клеенка кладется сверху. Подушка новорожденному не нужна, можно использовать вчетверо сложенную пеленку или плоскую подушку, которая адаптируется по форме головы и не стесняет дыхательные пути. В случае необходимости (профилактика срыгиваний) можно приподнять головной конец кровати. При укладывании ребенка спать матери желательно периодически менять его положение. Постель-

ные принадлежности ежедневно проветриваются, клеенку моют с мылом или дезинфицирующим раствором.

Начиная со второго полугодия жизни, когда ребенок начинает ползать, передвигаться на четвереньках и делать первые шаги, чтобы обезопасить ребенка и ограничить его передвижения, удобно использовать манеж. Применяют сетчатые или решетчатые манежи, площадь которых обычно 1-1,5 м², дно покрывают чем-нибудь мягким. Внутри манежа кладут любимые игрушки.

Ежедневный осмотр и уход за ребенком.

После выписки из роддома уход за ребенком проводится мамой в специально отведенном уголке детской комнаты, на пеленальном столике, который должен быть покрыт одеялом, клеенкой, а сверху чистой пеленкой. Осмотр и уход проводится при хорошем освещении. Перед туалетом грудного ребенка обязательно мытье рук теплой водой и мылом в течение 2 минут. После выкладывания раздетого ребенка на предварительно обработанный пеленальный столик его внимательно осматривают, уделяя особое внимание пупочной ранке, а также местам, наиболее опасным в отношении возникновения опрелостей (за ушными раковинами, шея, подмышечные, паховые складки).

Утренний туалет новорожденного и ребенка первых месяцев жизни заключается в обмывании лица теплой кипяченой водой, промывании глаз смоченным кипяченой водой стерильным ватным тампоном. Каждый глаз промывают отдельным тампоном в направлении от наружного угла к переносице. В течение дня глаза промывают по мере надобности.

Носовые ходы ребенка приходится очищать довольно часто. Используются ватные жгутики, приготовленные из стерильной ваты. Для их приготовления берут небольшой кусочек ваты, зажимают его двумя пальцами левой руки и вращают между большим и указательным пальцем правой, пока не получится тонкий, плотный жгутик. Чтобы он был упругим, вату лучше сворачивать влажными руками. Жгутик смазывают стерильным вазелиновым маслом и вращательными движениями осторожно продвигают вглубь носовых ходов на 1,0-1,5 см; правый и левый носовые ходы очищают отдельными жгутиками. Не следует слишком долго проводить эту манипуляцию. Категорически запрещается использовать плотные предметы, например (спички) с накрученной ватой. С возрастом ребенка можно использовать ватные палочки.

Туалет наружных слуховых проходов производят редко, их протирают сухими ватными жгутиками.

Уход за полостью рта у детей. До появления первых зубов полость рта здоровым детям не обрабатывают, так как слизистые оболочки легко травмируются. Однако, уже после появления первых зубов (6-7 мес.) ребенок должен привыкать к гигиеническим навыкам обработки полости рта. Первые зубы рекомендуется протирать ватной палочкой, смоченной в воде. Имеются в продаже и специальные щеточки, которые надевают на палец, смачивают в воде и протирают зубы. После года рекомендуется использовать детские пасты, которые ребенку не опасно проглатывать ("Детский жемчуг", "Юниор", "Ягодка", "Буратино", "Винни-Пух" и др.).

Приучать ребенка самостоятельно чистить зубы необходимо с 2,5-3 лет, после полного формирования молочного прикуса. Нужно помнить, что в силу особенностей развития психомоторных функций (примерно до 6 лет) ребенок не в состоянии качественно вычистить зубы.

При выборе зубной щетки в раннем возрасте следует придерживаться некоторых правил - щетка должна быть маленькой, чтобы свободно манипулировать ею в полости рта, длина ее головки не должна превышать 20-25 мм, а ширина - 8-10 мм. Щетина детской щетки должна быть мягкой, чтобы не травмировать нежную и легкоранимую слизистую оболочку. Обучение навыкам чистки зубов малыша занимает около полугодия. Сначала мать показывает, как это делается, на себе. Чистка зубов перед зеркалом убыстряет процесс обучения. В дальнейшем родители должны следить за выполнением этой процедуры ребенком.

Наиболее эффективной схемой ухода за полостью рта считается чистка зубов утром и вечером после приема пищи с обязательным полосканием полости рта после каждого приема еды.

Движение щеткой при чистке зубов производят обычно по оси зуба, захватывая часть десны и производя одновременно массаж мягких тканей. Для того чтобы хорошо очистить зубы, необходимо около 300 парных (вверх-вниз) движений зубной щеткой. Чистят последовательно все поверхности зубных рядов: губные, язычные, жевательные. Вся процедура должна занимать не менее 3-5 мин.

Ногти новорожденному и ребенку грудного возраста нужно обрезать. Удобнее пользоваться ножницами с закругленными браншами или щипчиками для ногтей.

По окончании периода новорожденности (3-4 нед.) ребенка умывают утром и вечером, а также по мере необходимости. Лицо, шею, ушные раковины (но не слуховой проход), руки ребенка обмывают теплой кипяченой водой или протирают ватой, смоченной водой, затем обтирают насухо. В возрасте 1-2 мес. эту процедуру проводят не менее двух раз в день. С 4-5 мес. можно умывать ребенка водопроводной водой комнатной температуры. Особое внимание уделяют естественным складкам, которые протирают в следующем порядке: заушные, шейная, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, паховые, ягодичные.

Подмывают ребенка в конце утреннего туалета и после дефекации, соблюдая определенные правила. Девочек подмывают спереди назад, чтобы избежать загрязнения и инфицирования мочеполовых путей. Подмывание производят рукой, на которую направляют струю теплой воды (37-38 °С). При сильном загрязнении используют нейтральное мыло ("Детское", "Бархатистое" и др.). Недопустимо подмывать детей непроточной водой, например, в тазике. Детей с чувствительной кожей, склонностью к опрелостям рекомендуется подмывать и после каждого мочеиспускания.

После подмывания ребенка кладут на пеленальный стол и чистой пеленкой промокают кожу. Затем складки кожи смазывают стерильным ватным тампоном, смоченным стерильным растительным (подсолнечным, персиковым) или вазелиновым маслом. Для этой цели можно использовать также детский крем.

Купание. Первую гигиеническую ванну проводят новорожденному через 2-3 дня после отпадения пуповины и эпителизации пупочной ранки (7-10-й день жизни). Купание рекомендуется проводить перед предпоследним кормлением.

В течение первых 6 мес. купают ежедневно, во втором полугодии - через день, с года до двух - 2 раза в неделю, после 2 лет - 1 раз в неделю. В первый месяц для гигиенической ванны предпочтительно использовать кипяченую воду. Для купания необходимы: ванночка (лучше эмалированная), детское мыло, мягкая губка, водяной термометр, кувшин с теплой водой для ополаскивания ребенка, пеленка, простыня. Техника купания грудного ребенка отражена в рис. 1-3.



Рис. 1. Техника погружения ребёнка грудного возраста в ванну.

Ванночку предварительно моют горячей водой с мылом и щеткой и ополаскивают горячей водой. Для детей первого полугодия температура воды в ванне должна быть 36,5-37 °С, для детей второго полугодия - 36-36,5 °С. Продолжительность ванны на первом году жизни - не более 5-10 мин. Перед купанием готовится белье ребенка, складывается в той последовательности, в какой будет использоваться после ванны. Белье рекомендуется подогреть с помощью грелки. Ванночку заполняют водой так, чтобы ребенка можно было погрузить до плеч. Одной рукой осторожно поддерживают голову и спину ребенка, другой моют шею, туловище и ягодицы; особенно тщательно промывают складки в области шеи, в локтевых, паховых областях, за ушами, под коленками, между ягодицами.



Рис. 2. Техника купания грудного ребёнка.

Затем ребенка поворачивают спинкой вверх и обливают чистой водой. В согретую пеленку быстро заворачивают ребенка и обсушивают промокательными движениями, после чего, обработав кожные складки стерильным вазелиновым маслом, одевают и укладывают в кроватку.



Рис. 3. Техника обливания ребёнка в конце купания.

Мыло при купании использовать не рекомендуется, лучше применять специальные детские средства (пенки, гели). Детей первого полугодия купают в положении лежа, второго полугодия - сидя, старше 1,5-2 лет - в вертикальном положении под душем.

Правила пеленания и одежда детей первого года жизни. Детская одежда должна быть из натуральных тканей. Доношенного новорожденного первые 2-3 недели лучше пеленать с ручками, а в последующем при соответствующей температуре воздуха в комнате ручки выкладывают поверх одеяла.

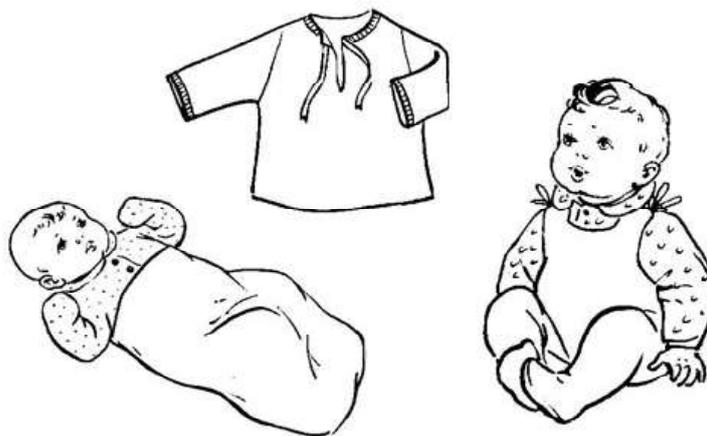


Рис. 4. Техника пеленания и одевания новорождённого и грудного ребёнка.

Учитывая, что тугое пеленание стесняет движения, новорожденного одевают в специальную одежду: сначала надевают две кофточки с длинными рукавами (одну легкую, вторую фланелевую), затем заворачивают в пеленку. В таком виде ребенка помещают в конверт из хлопчатобумажной ткани. Обычно в конверт кладут мягкое байковое одеяло, а если необходимо, второе байковое одеяло кладут поверх конверта (рис. 4.).

Пеленание производят перед каждым кормлением, а детей с опрелостями или заболеваниями кожи - пеленают чаще.

Тонкую распашонку запахивают на спине, а теплую - на груди ребенка. Рукава у теплой распашонки длиннее рук, зашивать их не следует. Нижний край распашонок должен прикрывать пупок.

При пеленании ребенка кладут таким образом, чтобы верхний край пеленки доходил до подмышек. Памперс помещают на промежность, после чего ребенка заворачивают в тонкую пеленку. Затем ребенка заворачивают в теплую пеленку. Если есть необходимость, ребенка накрывают сверху одеялом.

С 1 мес. на время дневного "бодрствования" пелёнки заменяют ползунками, а в 3-4 мес., когда особенно обильное слюнотечение, поверх распашонки надевают нагрудничек (рис. 5).

Косынку или шапочку из хлопчатобумажной ткани надевают на головку лишь после ванны и на время прогулки.



Рис. 5. Одежда грудного ребёнка.

Грязное детское белье хранят в ведре или баке с крышкой, стирают отдельно от белья взрослых. Для стирки используют детское мыло или детские порошки. Недопустимо сушить мокрые пеленки, не простирывая их. Высушенное белье проглаживают с двух сторон. Хранят его отдельно от белья взрослых. Новое одеяло (шерстяное или ватное) проглаживают через влажную тряпку.

В 9-10 месяцев распашонки заменяют рубашкой, а ползунки - колготками (зимой с носками или пинетками).

Требования к обуви ребенка. Для детей первых 3 лет характерно плоскостопие, но это состояние физиологическое, а стопа формируется в процессе активной ходьбы. Для улицы используют обувь из натуральных материалов, с плотной, водонепроницаемой подошвой, с защитой от скольжения, с закрытым мыском, твердым задником и низким каблучком. Гигиеничнее всего применять кожаную обувь с подкладкой из натуральных материалов, т.к. синтетические материалы способствуют потливости ног и грибковым заболеваниям.

Наблюдение за стулом и его регистрация. У детей грудного возраста характер и частота стула зависят от вида вскармливания. При грудном вскармливании стул бывает 3-4 раза в день, желтого цвета, кашицеобразный, с кислым запахом. При вскармливании молочными смесями стул наблюдается реже, 1-2 раза в день, более плотный, оформленный, светло-зеленый, иногда серовато-глинистый, по консистенции напоминает замазку, с резким запахом.

Жидким стул может быть при расстройствах пищеварения; цвет кала при этом меняется, появляются патологические примеси в виде слизи, зелени, крови и т.д.

Элементы воспитания детей. Воспитание - это целенаправленное руководство развитием ребенка, подготовкой его к жизни и труду в обществе. Деятельность взрослых направлена на комплексное физическое, умственное, нравственное и эстетическое развитие ребенка. При воспитании детей до 3 лет больший удельный вес занимают средства для физического развития, а для детей более старшего возраста приоритет отдается средствам для умственного (нервно-психического) воспитания.

Физическое воспитание - целостная система мероприятий, направленная на своевременное формирование у детей правильных двигательных навыков и умений, укрепление здоровья, на полноценное и своевременное физическое развитие детей.

Умственное воспитание - формирование у детей правильных представлений о явлениях природы и жизни, развитие умственных способностей (внимание, воображение, мышление, речь, память). Умственное воспитание предполагает также выработку умения самостоятельно приобретать знания и применять их на практике.

В отношении детей раннего возраста средства физического, умственного, нравственного и эстетического воспитания как бы слиты. Однако по мере роста ребенка средства воспитания начинают дифференцироваться.

Игровая деятельность. Жизнь любого ребенка связана с играми и игрушками. Для каждого возраста предусмотрены свои игрушки, игры-занятия, основное предназначение которых не в том, чтобы "занять" ребенка, а в том, чтобы стимулировать и гармонизировать психомоторное развитие.

Новорожденный ребенок, в принципе, ни в каких игрушках не нуждается. Его основная задача - адаптироваться к столь резко изменившимся внешним условиям жизни. Заботливый уход за ним - вот основной смысл периода новорожденности. Но с появлением зрительного и слухового сосредоточения (2-3 неделя жизни) для стимуляции функционального созревания этих анализаторов ребенку уже необходимо не только забота со стороны взрослых. Самыми оптимальными в этот период будут большие игрушки, например, воздушные шары. Их необходимо прикрепить на достаточном расстоянии от лица (не менее 1 м). В связи с тем, что ребенок только начинает различать свет и темноту, желателен

контрастный цвет. При использовании погремушек важно следить, чтобы движения руки с погремушкой были достаточно медленными и плавными, а игрушка находилась в центральной зоне зрения ребенка.

С 1-2 мес. необходимо более активно стимулировать созревание зрительного и слухового анализаторов. Здесь незаменимы подвесные игрушки-"карусели", выполненные в форме клоунов, веселых зверушек, пчелок и т.д. При включении этих игрушек раздается музыка, привлекающая внимание ребенка, а элементы игрушки начинают вращаться. Подвеска удобно крепится к кроватке ребенка, при этом визуальная часть игрушки располагается над головой ребенка на более близком расстоянии (около 30-50 см от глаз).

С 2-3 мес., когда ребенок, спокойно лежа на животе, приподнимает туловище, опираясь на руки, необходимо заинтересовать его яркими, красочными игрушками, располагая их вблизи ребенка (около 50 см). Наиболее оптимальными являются небольшие мягкие игрушки (обезьяна, заяц и т.д.).

С 3-4 мес. следует начинать стимулировать тонкомоторную деятельность. Для этого подходят обычные погремушки. Имея широкую ручку, они достаточно легко зажимаются в руке ребенка, а их легкость позволяет ребенку относительно свободно двигать руками. Также в этом возрасте удобно использовать различные подвесные погремушки, которые располагают на расстоянии вытянутой руки ребенка. Непроизвольно размахивая руками и случайно натываясь на них, ребенок будет формировать первые тонкомоторные ассоциативные связи, которые будут подкрепляться не только тактильной чувствительностью, но и зрительным, и слуховым анализаторами.

С 4-5 мес. следует разнообразить тактильные ощущения ребенка. Стоит пользоваться не только обычными погремушками с твердой ручкой, но и шуршащими, звучащими игрушками. Они обычно входят в стандартные наборы, предлагаемые для детей этого возраста.

С 5-6 мес. необходимо стимулировать ладонный захват. Погремушка должна быть легкой и иметь удобную форму для стимуляции (захват и переключивание из руки в руку).

Второе полугодие жизни характеризуется расширением игрового поля. В этом возрасте ребенок формирует тонкомоторные захваты (сначала клешней, а затем и щипком). Поэтому можно использовать мелкие игрушки, но только под контролем взрослых. Для стимуляции координированной деятельности используют различные пирамидки (сначала с широкими кольцами, а в конце года и с тонкими кольцами), крупные кубики. С помощью игрушек достигается стимуляция двигательной активности ребенка (ползание, а к концу года и ходьба). В этом возрасте активно привлекают различные бытовые вещи. Так, ребенка можно надолго заинтересовать обычной кастрюлей и поварешкой. Играя, ребенок учится основным действиям с предметами (круглое катать, квадратное складывать и т.д.). Так, примерный перечень игр-занятий для детей в возрасте 10-12 мес. может быть следующим: показ сюжетных игрушек (собака, кошка и др.), игры-занятия с мячом, кубиками для развития движений, игры-развлечения типа "прятки", "ладушки", показ заводных игрушек.

Возрастной период с 1 года до 3 лет характеризуется формированием предметной деятельности. Именно здесь необходимо богатство манипуляций с предметами (машинки, куклы, кубики, мягкие игрушки). Для детей в возрасте от 1 года до 2 лет проводятся занятия с картинками, со "строительным" материалом в целях развития речи и координации движений, даются задания различить предметы по их величине, форме.

Широко используются в этом возрасте и различные развивающие комплексы с многочисленными кнопками и переключателями, нажатие или перемещение которых приводит к открыванию створок, повороту предметов, выдвиганию фигурок с музыкальным сопровождением. Вставляя предмет в строго отведенную для него форму, ребенок учится различать основные геометрические формы - овал, треугольник, квадрат, звезда и т.д. Развитию образного мышления у детей будут способствовать игрушки, изображающие различных

животных или стилизованные под предметы повседневного обихода - игрушки-имитации (игрушечный утюжок, молоток, коляска). В этот период появляется принципиальное деление игрушек по половому признаку. Мальчики проявляют больший интерес к машинам, самолетам, а девочки - к куклам, игрушкам - кухонной утвари. В связи с относительной зрелостью общей координации в этом возрасте происходит первое знакомство с инвентарем для подвижных игр (мячик, ракетка, велосипед, клюшка).

Основные требования к игрушкам во все возраста примерно одинаковы. Они должны быть безопасными, легко обрабатываться. Периодически игровой набор ребенка должен "обновляться". Чем младше ребенок, тем кратковременнее его память. Поэтому одна и та же игрушка, убранный на какое-то время, в последующем воспримется ребенком как абсолютно новая. Дети не нуждаются в большом количестве игрушек.

Привитие навыков опрятности. Навыки личной гигиены. Серьезная роль в правильном воспитании ребенка отводится навыкам личной гигиены. Опрятность и чистоплотность необходимо вырабатывать у детей с первых дней жизни. Этим целям служат ежедневное умывание, купание детей, смена белья; с 6-месячного возраста необходимо приучать ребенка проситься на горшок. Внимание детей более старшего возраста следует обращать на грязные руки, лицо, нос и стараться вызывать к этому отрицательное отношение. В период с 1,5 года до 2 лет ребенка следует научить самостоятельно пользоваться носовым платком.

Обучение ребенка навыкам пользования туалетом является важным этапом его развития - это первый шаг в освоении общечеловеческих этических и эстетических норм. Не существует строгих возрастных рамок, в пределах которых стоит приучать ребенка к горшку. Первое знакомство с горшком можно приурочить к возрасту 6 мес. Абсолютное большинство детей готовы начать обучение в возрасте от 1 г 6 мес - 2 лет, однако возможны индивидуальные отклонения. Девочки осваивают эти навыки быстрее и раньше мальчиков.

Критерием готовности ребенка к обучению является его физиологическая зрелость, т.е. способность самостоятельно ходить, садиться, одеваться, раздеваться, наличие обратной связи с внешним миром (понимание и следование инструкциям), внутренняя обратная связь (мотивация, желание подражать взрослым, идентифицироваться с ними, независимость). Важно, чтобы горшок был теплым (лучше пластмассовый), устойчивым, удобным. Вначале горшок должен находиться там, где ребенок играет, чтобы быть всегда доступным. Позже постоянным местом горшка может быть туалетная комната.

Ребенка на первом этапе высаживают на горшок одетым на несколько минут 1 раз в день, в одно и то же время. На это может уйти неделя. Недопустимо насильственно удерживать малыша на горшке. Следующий этап - высаживание ребенка без одежды. Только после этого можно высаживать ребенка тогда, когда он чаще всего совершает естественные отправления - утром после сна, после еды, перед сном, перед прогулкой и после нее.

Обучение проситься на горшок ночью откладывается до тех пор, пока ребенок не научится контролировать мочеиспускание и дефекацию в дневное время. К трем годам большинство детей уже полностью овладевают самостоятельными гигиеническими навыками. При подготовке к детскому саду ребенок должен научиться пользоваться унитазом - как дома, так и вне его. Первым шагом в этом направлении станет помещение горшка рядом с унитазом, чтобы ребенок "ходил в туалет". Затем можно использовать детское сиденье для унитаза, перед которым надо поставить скамеечку, чтобы ребенок мог самостоятельно на него забираться.

Приучая к опрятности, детям перед каждым кормлением моют руки. С полутора лет можно ожидать активного участия ребенка в мытье рук. Делается это поэтапно: вначале ребенка учат закатывать рукава одежды, затем подставлять руку под струю воды, попеременно охватывая ладонью тыльную сторону каждой ладони, производить моющие, трущие движения. К двум годам ребенок должен сам мыть руки, пользоваться своим полотенцем.

Во время кормления детям нужно надевать клеенчатые нагрудники. После полутора лет ребенок должен научиться пользоваться салфетками.

Режим дня.

В связи с тем, что после рождения ребенок должен приспособиться к принципиально новым условиям существования в течение первого месяца жизни (период новорожденности), оптимальным является свободный режим дня, определяемый самим ребенком. Это относится к частоте кормлений, к чередованию сна и бодрствования. Обычно новорожденный спит около 21 часа в день. Периоды активного бодрствования у него отсутствуют, он просыпается, в основном, когда чувствует голод и ему дискомфортно и, как правило, об этом он сигнализирует криком.

Начиная с первого месяца жизни, родители должны приучать ребенка к определенному режиму дня. Примерный режим дня приведен в табл. 1.

Таблица 1

Режим дня детей в возрасте от 1 мес до 1,5 лет

Возраст	Ночной сон, час	Дневной сон, час	Бодрствование, час	Число кормлений
1 мес	Суточный сон - 21		3	По требованию
3 мес	11	8	5	6-7
6 мес	11	6	7	5
9 мес	11	5	8	5
1 год	11	4 ½	8 ½	4-5
1,5 года	11	3 ½	9 ½	4

Основные положения для формирования режима дня:

1. Для организации определенного режима дня от родителей требуется много терпения, а иногда настойчивость и строгость.
2. Дети в основном легко привыкают к определенному режиму, однако время его выполнения весьма индивидуально, особенно это касается первых месяцев жизни.
3. Приученные к определенному режиму (даже неправильному) дети очень неохотно реагируют на его изменение.
4. С точки зрения физиологии нет никакой необходимости малышу засыпать на руках матери (укачивание). С самого раннего возраста следует мягко, терпеливо и в то же время весьма настойчиво приучать детей засыпать только в постели.

Чем меньше ребенок и энергичнее он растет, тем чаще меняют режим. Например, в группе детей грудного возраста режим меняют за год 4 раза, в средней группе - 2 раза.

Последовательность режимных моментов до 9-10 мес.: кормление-бодрствование-сон (преобладает пищевая доминанта и ребенка пробуждает чувство голода). С 10 мес режим меняется: бодрствование-кормление-сон (преобладает ориентировочная доминанта, до приема пищи утром и в обед ребенок бодрствует, после вечерних кормлений - засыпает).

Режим дня больных и физически ослабленных детей должен отличаться от режима для здоровых детей того же возраста. Поэтому у физически ослабленных детей сокращается длительность периода бодрствования и увеличивается время для отдыха и сна.

Прогулки. Летом новорожденных допустимо выносить на прогулку с первых дней после выписки из родильного дома. Сначала на 20-40 мин., затем время пребывания на свежем воздухе быстро увеличивается до 6-8 ч в день. Зимой в средней полосе России детей выносят на улицу в возрасте 2-3 недель на 15-20 мин., при условии, что температура воздуха не ниже -5 °С, это время постепенно увеличивают до 1,5-2 ч два раза в день. Дети в возрасте от 1 до 3 мес. могут находиться на улице при T° не ниже -10 °С. Старше 3 мес. - при T° не ниже -12 °С, старше 6 мес - не ниже -15 °С в безветренную погоду. Дети старше 1,5 лет должны гулять 2 раза в день по 2,5-3 часа при T° не ниже - 15-16 °С.

У новорожденного терморегуляция несовершенна, и у него может наступить переохлаждение при пребывании в коляске. Поэтому до 1-1,5 мес., особенно в холодную погоду, желательно, чтобы ребенок на улице спал на руках у взрослого, и только после этого возраста - в коляске. При этом лицо ребенка должно быть открытым, но вокруг лица можно устроить "колодец" из ватного одеяла. Не следует излишне кутать ребенка. Летом на ребенке должно быть такое же количество одежды, что и на взрослом, зимой - на одно больше. Чтобы определить, не замерз ли малыш, надо потрогать носик (а не ручки), который должен быть теплым.

После одного года пребывания ребенка на свежем воздухе должно составлять не менее 3 часов. Во время прогулок все большее внимание следует уделять игровой деятельности. Летом детям до 3 лет не рекомендуется длительное время подвергаться прямым солнечным лучам и в солнечные дни желательно надевать головной убор.

Безопасность ребенка.

Каждый день в мире с тысячами детей происходят несчастные случаи. Часто дети получают травмы в знакомой обстановке, дома или во дворе. Характер травм меняется с возрастом. Так, младенец может упасть со стола, на котором его пеленают, подавиться куском пищи или мелким предметом. Дети дошкольного возраста часто падают, забираясь на что-нибудь высокое; обжигаются, дотрагиваясь до горячих предметов; получают отравления, пробуя на вкус доступные им предметы. Травмы детей дошкольного возраста связаны с играми на улице, бесконтрольным выходом на дорогу. Часто подобные несчастные случаи предотвратимы.

Психологи утверждают, что дети младшего возраста не в состоянии осознать угрожающую им опасность и запомнить предупреждения взрослых. В связи с этим обязанность оберегать детей от несчастных случаев лежит на взрослых. Первым делом нужно проверить безопасность помещения, в котором живет ребенок, обращая особое внимание на следующие моменты.

Книжные полки. Книжные полки и другие высокие предметы мебели нужно прикрепить к стене, чтобы они не упали, если ребенок на них залезет или повиснет.

Плита. Ручки сковород и кастрюль всегда должны быть обращены вовнутрь плиты. На дверце плиты должен быть замок или что-либо подобное. Для того чтобы ребенок не обжегся, можно установить щит или решетку на дверце плиты, которые не позволят ребенку дотронуться до горячей дверцы.

Электрические розетки и шнуры. Розетки, которые не используются, должны закрываться специальными крышками. Шнуры настольных ламп и электробытовых приборов нужно прикреплять к стенам или к мебели, чтобы ребенок не мог уронить прибор на себя, потянув его за шнур. Нельзя оставлять утюг на гладильной доске со свободно свисающим шнуром.

Горячая вода. Если есть возможность регулировать температуру горячей воды, то ее нужно сделать меньше 50 °С, чтобы ребенок не ошпарился, открыв кран. Нельзя оставлять ребенка младшего возраста одного в ванне.

Лекарства и средства бытовой химии. Их нужно хранить в недоступном для ребенка запирающемся на замок шкафчике. Все средства должны быть в фабричной упаковке, чтобы их легко было распознать. При работе с химическими средствами за ними надо следить, а выходя из комнаты, обязательно убирать.

Опасные бытовые предметы. К ним можно отнести: ножи, ножницы, другие бытовые приборы, а также спички и полиэтиленовые пакеты; последние лучше хранить завязанными в узел, чтобы ребенок не мог надеть их на голову. Все эти предметы нужно хранить под замком или вне зоны досягаемости ребенка.

Игрушки. Нельзя давать бесконтрольно ребенку маленькие игрушки, а также игрушки, разбирающиеся на мелкие части, которые ребенок может засунуть в рот. Также надо избе-

гать игрушек с твердыми углами и краями. Старших детей в семье нужно приучать убирать с пола все маленькие игрушки.

Лестница. Вверху и внизу лестницы должны быть барьеры высотой не менее 70 см.

Окна и балконные двери. Для безопасности на них должны быть задвижки и высоко расположенные цепочки или другие приспособления, не позволяющие ребенку открыть окно или балконную дверь или протиснуться в них, когда они открыты для проветривания.

Не менее важны требования к безопасности на улице. Дети старше 4 лет в основном получают травмы, играя на улице. Необходимо осмотреть места, где гуляет ребенок. Проверяя игровую площадку, надо обратить внимание на состояние качелей, каруселей, горок и других приспособлений: не рискованно ли ими пользоваться, мягкая ли поверхность под ними, на случай, если ребенок упадет (должен быть рыхлый песок), и т.д., особого внимания заслуживают водоемы. Ребенок младшего возраста может утонуть на глубине всего несколько сантиметров. Психологи утверждают, что когда малыш ничком падает в воду, он перестает ощущать, где верх, а где низ, и просто не может встать на ноги. В связи с этим ребенка до 3-5-летнего возраста нельзя оставлять играть на улице без присмотра взрослых. Самостоятельно переходить дорогу может ребенок только школьного возраста. Позволять ребенку ездить одному на велосипеде в оживленных местах можно не ранее 12 лет. Необходимо приучать ребенка во время езды на велосипеде, верховой езды, катания на роликах, на спортивных санях надевать шлем. Беречь ребенка нужно и во время поездок в автомобиле. Необходимо детей до 12 лет сажать в специальные сиденья безопасности и пристегивать их ремнями. Следует помнить, что сиденья для младенцев отличаются от сидений для детей до 3 лет и старше.

Наиболее частыми несчастными случаями являются:

- отравление - если ребенок выпил ядовитую жидкость, тщательно прополощите ему рот и дайте выпить 1-2 стакана воды или молока. Вызовите врача. При попадании химических веществ в глаза их нужно промывать большим количеством воды не менее 10 мин;
- ожоги - при небольших ожогах надо смочить обожженное место холодной (но не ледяной) водой в течение, как минимум, 20 мин. Если ожог размером больше ладони или пришелся на лицо, сустав, нижнюю часть живота или гениталии, а также в случае глубоких повреждений, ребенка должен лечить врач;
- инородное тела в дыхательных путях - нужно удалить его как можно скорее (техника описана в главе "Уход за детьми с заболеваниями дыхательной системы").

Вопросы для самоподготовки.

1. Уголок ребенка.
2. Предметы ухода за грудными детьми.
3. Уход за кожей, глазами, ротовой полостью, правила купания детей первого года жизни (температура воды, продолжительность купания).
4. Одежда, игрушки, обувь для детей первого года жизни.
5. Характер стула в зависимости от вскармливания.
6. Режим дня детей грудного возраста.
7. Элементы воспитания детей раннего возраста.
8. Безопасность ребенка.

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ:

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА У РЕБЕНКА ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ
 - 1) 20 часов
 - 2) 21 час

- 3) 22 часа
 - 4) 23 часа
 - 5) 24 часа
2. ВЛАЖНАЯ УБОРКА В ПОМЕЩЕНИИ, ГДЕ НАХОДИТСЯ РЕБЕНОК ГРУДНОГО ВОЗРАСТА, ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ
- 1) ежедневно
 - 2) через 1 день
 - 3) 2 раза в неделю
 - 4) 1 раз в неделю
3. ТУАЛЕТ НОСА ПРОВОДИТСЯ МЕТОДОМ ОЧИЩЕНИЯ НОСОВЫХ ХОДОВ
- 1) при помощи ватных жгутиков
 - 2) с помощью палочек
 - 3) путем закапывания растительного масла
 - 4) путем промывания их слабым раствором марганцовки
4. ОБРАБОТКА ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ ДЕВОЧКИ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ
- 1) обтирания влажной салфеткой
 - 2) купания
 - 3) обработки туалетной бумагой
 - 4) подмывания от половых органов к анусу
 - 5) подмывания от ануса к половым органам
5. В ВОЗРАСТЕ ДО 6 МЕСЯЦЕВ РЕБЁНКА КУПАЮТ С ЧАСТОТОЙ
- 1) через день
 - 2) 1 раз в день
 - 3) 2 раза в день
 - 4) 1 раз в неделю
 - 5) 2 раза в неделю
6. ОБРАБОТКА ГЛАЗ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРОВОДИТСЯ
- 1) промыванием в направлении от наружного угла глаза к переносице
 - 2) умыванием проточной водой
 - 3) промыванием в направлении от наружного угла к переносице отдельным тампоном для каждого глаза
 - 4) промыванием в направлении от наружного угла к переносице одним тампоном для каждого глаза
7. В УГОЛОК РЕБЕНКА ВКЛЮЧАЕТСЯ
- 1) диван
 - 2) стул
 - 3) растения
 - 4) кровать
 - 5) ковёр
8. ОДЕЖДА ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ДОЛЖНА БЫТЬ
- 1) из синтетических тканей
 - 2) из хлопчатобумажных тканей
 - 3) из шерстяных тканей
 - 4) из смесовых тканей
 - 5) на размер больше
9. РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ КОРМЯТ
- 1) по требованию
 - 2) 6 раз в сутки

3) 5 раз в день

4) 4 раза в день

10. СТУЛ У РЕБЕНКА НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

1) жидкий

2) оформленный

3) кашицеобразный

4) со слизью

5) с прожилками крови

Эталоны ответов: 1-2, 2-1;3-1; 4-4; 5-2; 6-3; 7-4; 8-2; 9-1; 10-3.

2.2. Питание грудных детей, обработка бутылочек и сосок. Кормление здоровых детей. Антропометрия у детей

Изучив данную тему, студенты должны **знать:**

- роль питания детей раннего возраста;
- правила и технику грудного вскармливания;
- принципы искусственного и смешанного вскармливания;
- организацию самостоятельного приёма пищи ребенка;
- роль питания детей раннего возраста;
- правила питания детей грудного и старшего возраста;
- технику антропометрии (определение массы, роста, окружности головы, груди).

Студенты должны **уметь:**

- выбрать набор продуктов для питания детей грудного и старшего возраста;
- сервировать стол для питания детей грудного и старшего возраста;
- накормить ребенка грудного возраста;
- наблюдать за ребенком старшего возраста при приеме пищи;
- измерить рост ребенка;
- измерить массу тела;
- измерить окружность груди;
- измерить окружность головы;
- зарегистрировать результаты антропометрии.

Студенты должны **владеть:**

- техникой кормления ребенка из бутылочки;
- техникой кормления ребенка грудного возраста;
- техникой антропометрии.

Краткое изложение теоретического материала

Правильное гармоничное развитие ребенка во многом зависит от того, как организовано его питание. Пища является единственным источником, с которым ребенок получает необходимый пластический материал и энергию для осуществления процессов роста. Рациональное питание грудного ребенка обеспечивает высокую сопротивляемость организма ребенка к различным неблагоприятным факторам внешней среды, в том числе и к инфекционным заболеваниям.

Различают естественное, смешанное и искусственное вскармливание грудного ребенка.

Естественное вскармливание осуществляется при прикладывании ребенка к груди его биологической матери. Идеальной пищей для ребенка является грудное молоко его матери, так как имеет родственную связь с его тканями. Грудное молоко имеет все необходимые для питания малыша вещества и микроэлементы в оптимальном соотношении и виде, приспособленном к особенностям пищеварительной системы младенца. Молоко видоспецифично, его состав меняется по мере роста ребенка, в соответствии с изменением его потребностей.

Для проведения успешного грудного вскармливания важным является формирование установки на успешное вскармливание и ряда навыков у кормящей матери под руководством медицинских работников.

Кормящая мать должна:

- знать правила грудного вскармливания;
- правильно приложить ребенка к груди и владеть техникой грудного кормления;
- ухаживать за грудью и соблюдать правила личной гигиены;
- владеть навыками сцеживания грудного молока.

Медицинские работники должны знать принципы успешного грудного вскармливания и уметь оказывать быструю и эффективную помощь при проблемах с грудной железой у матери.

Правила грудного вскармливания

Здорового ребенка сразу после рождения помещают в одну палату с матерью, где она кормит его по требованию (знаку голода) для становления лактации.

Длительность кормления не ограничивают: по желанию ребенка его кормят и ночью.

Ребенку нежелательно давать соску или пустышку.

Не рекомендуют допаивать ребенка в перерывах между кормлениями.

При достаточной, установившейся лактации возможно постепенное формирование режима питания ребенка.

Необходимо соблюдать правила личной гигиены и точно следовать технологии правильного грудного кормления.

Техника грудного кормления

Мать должна вымыть руки с мылом, обмыть молочную железу кипяченой водой, просушить ее, не растирая область соска и ареолы.

При проведении кормления поза матери и ребенка должны быть удобной. Ребенок не должен изворачиваться или вытягивать шею, чтобы достать грудь. Лицо ребенка обращено к груди, нос на уровне соска, живот к животу матери.

Ребенок должен захватывать сосок и часть ареолы так, чтобы они находились в глубине рта, касаясь твердого нёба.

Ребенок не должен "висеть" на груди, а располагаться так близко, чтобы его подбородок касался груди матери.

Успешное сосание груди новорожденным осуществляется при помощи ряда рефлексов: поискового, рефлексов захватывания, сосания, глотания. Самым существенным техническим моментом прикладывания является правильный захват ребенком груди, так как он осуществляется при помощи матери.

Для предотвращения трещин и потертостей околососковых кружков необходимо соблюдать гигиенические требования по уходу за молочной железой.

Не рекомендуется мыть молочную железу с мылом, так как это ведет к потере естественной смазки, сухости соска и более легкой его травматизации. Если сосок излишне сухой, используют прокладку из хлопковой ткани, пропитанную оливковым или другим растительным маслом. Можно смазывать соски кремом, содержащим 100%-ный ланолин.

Область ареолы должна быть сухой и не раздраженной после соприкосновения с одеждой. Если соски влажные из-за подтекания молока, то можно использовать стерильные хлопковые гигроскопические одноразовые или многоразовые прокладки. Мягкий адсорбирующий внутренний слой с углублением для соска пропускает молоко только в одном направлении, сохраняя кожу соска сухой, предотвращая от воспаления.

Рекомендуется носить хлопчатобумажное белье - бюстгальтер, не тугий, но поддерживающий молочные железы снизу, лучше специальный, с удобным доступом для кормления младенца.

Техника ручного сцеживания:

- тщательно вымыть руки;
- удобно расположиться, держа посуду (чашку, миску, небольшую посуду) возле молочной железы;
- помассировать сосок между пальцами для стимулирования рефлекса молокоотдачи;
- положить большой палец на ареолу над соском, а указательный на ареолу под соском, напротив большого;
- нажимать большим и указательным пальцем внутрь, в направлении грудной клетки.

Ручное сцеживание не должно причинять боль, травмировать сосок и грудь в целом. Его длительность не должна быть более 20-30 мин.

Проблемы, возникающие в процессе грудного вскармливания: самопроизвольное истечение молока (галакторрея), трещины соска, переполнение железы молоком с развитием лактостаза.

При галакторрее можно использовать специальные молокоотсосы, крепящиеся на сосках. Эти накладки являются вентилируемыми, они оказывают умеренное давление на грудь, принося облегчение при переполнении грудной железы молоком.

При соблюдении правильной техники прикладывания к груди, как правило, проблем с грудной железой не возникает. При "сосковом" сосании происходит трение соска о нёбо, раздражение его кожи и растрескивание. Это вызывает болезненные ощущения у матери при кормлении ребенка.

Для предотвращения трещин необходимо:

- соблюдать правильную технику прикладывания ребенка к груди;
- после кормления смазать молоком сосок и околососковый кружок и дать ему высохнуть;
- смазывать область соска мазями, содержащими 100%-ный ланолин (Пурелан, крем для сосков и т.д.).

При возникновении трещины соска необходимо обработать заживляющими и дезинфицирующими средствами: "Ротерсепт", ланолиновыми кремами. Они безопасны, их можно наносить на соски до и после кормления, не смывать. При их отсутствии можно пользоваться спреем "Олазол", маслом шиповника или облепихи, мазями - "Арника", календула, солкосерил; масляным раствором витамина А и т.д., однако эти средства необходимо тщательно смыть, прежде чем дать ребенку грудь.

Между кормлениями полезно подержать соски на воздухе и использовать поглощающие влагу многослойные прокладки. Для кормления используют специальные накладки, защищающие потрескавшиеся или воспаленные соски.

Большую помощь при наличии трещин может оказать использование молокоотсосов, которые помогают сцеживать грудное молоко, когда сосание затруднено или невозможно. Особенно удобны ручные, простые в эксплуатации молокоотсосы, имитирующие процесс сосания ребенком груди. Сцеживание с помощью молокоотсосов (ручных, электрических портативных) упрощает процедуру, делает ее легкой, атравматичной и удобной.

В первый месяц после родов у женщин могут возникнуть болезненные приливы молока, когда возникает чувство распираемости в груди. Это связано с выработкой молока и повышением внутреннего давления, что в сочетании с повышенным кровоснабжением создает лимфатический отек. Кормящая женщина должна знать о мерах предупреждения закупорки млечных протоков из-за скопления избыточного количества молока.

В первые дни после родов лучше ограничить потребление жидкости, особенно теплой, чтобы молоко не прибывало больше, чем это требуется новорожденному. Если же молоко пребывает ночью, а малыш не просыпается, то лучше сцеживать молоко.

Сцеженное молоко хранится в холодильнике не более 6 часов, пастеризованное - не более 12 часов. Пастеризация молока проводится на водяной бане в течение 5-7 минут с момента закипания воды.

В случаях неэффективного опорожнения молочных желез возникает застой молока (лактостаз), сопровождающийся болезненностью железы и повышением температуры до 38-39 °С. При лактостазе показано:

- более частое прикладывание ребенка к груди;
- до кормления сцеживать немного молока, чтобы молочная железа стала мягче;
- во время кормления массировать молочную железу по направлению к соску;
- сцеживать остатки молока после кормления до полного опорожнения.

В ситуации лактостаза сцеживание молока (ручное или при помощи молокоотсоса) является средством профилактики и лечения.

Смешанное вскармливание - сочетание кормления ребенка первого года жизни грудным молоком (не менее 1/5 суточного объема) и адаптированными молочными смесями.

Смешанное вскармливание назначается только в том случае, когда все попытки проведения грудного кормления оказываются безуспешными.

Вероятными признаками недостаточной лактации являются:

- беспокойство и крик ребенка во время или сразу после кормления;
- необходимость в частых прикладываниях к груди;
- ребенок долго сосет грудь, совершает много сосательных движений, но нет глотательных;
- ощущение матерью полного опорожнения грудных желез при активном сосании ребенка;
- при сцеживании после кормлений молока нет;
- беспокойный сон, частый плач, "голодный" крик;
- скудный редкий стул;
- редкие мочеиспускания (менее 6 раз за сутки).

Однако наиболее достоверными признаками недостаточного питания являются низкая прибавка массы тела и редкие мочеиспускания с выделением небольшого количества концентрированной мочи. Окончательный вывод о недостаточной лактации может быть сделан на основании контрольных взвешиваний ребенка в течение суток.

Гипогалактия - снижение секреции молока в период лактации.

Классификация гипогалактии:

1. Первичная - встречается редко, не более чем у 5% женщин (эндокринные нарушения).
2. Вторичная - чаще встречается, причины (отсутствие доминанты лактации, эмоциональный стресс - недостаток уверенности, усталость, необоснованное раннее введение докорма, позднее прикладывание к груди, кормление по часам, отсутствие ночного кормления, нарушение техники кормления, использование сосок, социальный фактор (выход на работу), алкоголизм, наркомания, курение, прием контрацептивов (эстроген), беременность, болезни матери, аномалии развития ребенка).

1. Ранняя - в первые 10 дней после родов.

2. Поздняя (через 10 дней после родов).

По степени дефицита молока по отношению к потребностям ребенка:

- I - дефицит молока < 25%
- II - дефицит молока 25-50%
- III - дефицит молока 50-75%
- IV - дефицит молока > 75%

В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер, проявляясь в виде так называемых *лактационных кризов*, под которыми понимают временное уменьшение количества молока, возникающее без явной видимой причины. В их основе лежат особенности гормональной регуляции лактации. Лактационные кризы обычно возникают на 3-6 неделях, 3, 4, 7, 8 месяцах лактации. Их продолжительность, в среднем составляет 3-4 дня, и они не представляют опасности для здоровья ребёнка. В таких случаях оказывается достаточным более частое прикладывание ребенка к груди в сочетании с кормлением из обеих молочных желез.

Если мать не подготовлена к такой ситуации, то при первых признаках снижения лактации она пытается докормить ребёнка смесями. Поэтому одной из важных задач участкового врача и медсестры детской поликлиники является разъяснение безопасности кратковременных лактационных кризов.

Мероприятия, применяемые при гипогалактии:

- более частые прикладывания к груди;
- урегулирование режима и питания матери;
- воздействие на психологический настрой матери;
- массаж грудной железы;
- использование специальных продуктов и пищевых добавок.

Многочисленные наблюдения показывают, что достаточная выработка грудного молока в основном зависит от "настроя матери" на кормление своего ребенка грудью, ее убежденности в том, что это важно и необходимо.

При грудном вскармливании ребенок сам регулирует количество необходимой ему пищи. Тем не менее, чтобы точно знать точное количество полученного им молока, необходимо систематически проводить так называемое контрольное кормление. Для этого ребенка, как обычно, пеленают перед кормлением, затем взвешивают (в пеленках), кормят, повторно взвешивают в той же одежде, не меняя пеленок. По разнице в массе судят о количестве высосанного молока. Контрольное кормление обязательно при недостаточной прибавке ребенка в массе, при заболевании.

Искусственное вскармливание - вскармливание ребенка адаптированными молочными смесями.

Важным является соблюдение правил кормления, делающих его безопасным и комфортным для ребенка.

Желательно, чтобы ребенка кормила мать, сохраняя психологический контакт с ребенком.

Правила кормления смесью:

- кормить по расписанию с учетом возрастного режима питания;
- строго дозировать смесь в каждое кормление;
- соблюдать санитарно-гигиенические требования и технику кормления из бутылочки;
- использовать современные "заменители" женского молока.

Смесь необходимо готовить непосредственно перед кормлением ребенка.

Необходимо контролировать температуру смеси - она должна быть 36-37 °С. Самый простой способ проверки - капнуть теплую смесь на тыльную сторону предплечья: если жидкость не обжигает, то температура соответствует температуре тела.

Горлышко бутылочки при кормлении должно быть заполнено смесью полностью. Иначе происходит заглатывание вместо смеси воздуха (аэрофагия), провоцирующее срыгивания и младенческие колики.

Лучше использовать соски, изготовленные из силикона, имитирующего естественные линии соска, с "антивакуумной юбкой", а также регулирующие скорость подачи смеси младенцу.

Важно соблюдение гигиены предметов ухода. Недостаточная чистота принадлежностей для кормления может привести к желудочно-кишечным заболеваниям.

При проведении искусственного вскармливания необходимо использовать современные адаптированные смеси, ориентированные на возраст ребенка. Существуют сухие растворимые смеси и жидкие смеси в стерильной упаковке, готовые к употреблению. Большинство смесей - сухие растворимые, не требующие варки. Важным является соблюдение правил гигиены при приготовлении смеси и правильное разведение смеси в соответствии с инструкцией, качество воды, используемой для разведения смеси.

Бутылочки, используемые для кормления, могут быть стеклянными и пластиковыми.

Большинство современных бутылочек - атравматичные пластиковые объемом 125, 150, 200, 260 мл.

Бутылочки снабжены сосками. Ребенок захватывает эту соску широко раскрытым ртом, используя навыки, полученные при грудном вскармливании. Наиболее удобны соски, имеющие "антивакуумную юбку" - специальный воздушный клапан, который открывается и закрывается вместе с естественным ритмом сосания. Благодаря этому воздух непрерывно попадает в бутылочку, замещая жидкость по мере ее расхода. Так осуществляется профилактика аэрофагии - избыточного заглатывания малышом воздуха и колик желудочно-кишечного тракта.

Большое значение при кормлении имеет отверстие соски. Если отверстие в соске велико, то ребенок захлебывается в процессе еды. Излишне малое отверстие затрудняет процесс сосания, ребенок устает и недоедает. При нормальной величине отверстия жидкость вытекает сначала струйкой, затем каплями.

Удобными является соски, регулирующие скорость подачи смеси младенцу за счет количества и формы отверстий. Они обеспечивают медленный, средний и быстрый, а также переменный поток смеси, который выбирается в зависимости от возраста младенца и его потребностей.

Строгое соблюдение гигиены - важная составляющая ухода за младенцем. Для обеззараживания предметов ухода (бутылочек, сосок, деталей молокоотсосов и т.д.) можно использовать паровой стерилизатор и стерилизатор для микроволновой печи. Воздействие паровых стерилизаторов обеспечивает микробиологическую безопасность принадлежностей, оказывает более щадящее воздействие, чем традиционные способы тепловой обработки, занимая около 10 мин.

Обработка бутылочек и сосок в стационаре.

Освободить бутылку от остатков молочной смеси.

1. Дезинфекция - в 2% растворе соды (20 г соды на 1 л воды) кипятить 15 мин с момента закипания, остудить до 50°.
2. Предстерилизационная очистка - механическая очистка в этом же растворе при помощи ерша, прополоскать под проточной водой, затем в дистиллированной воде. Просушить.
3. Стерилизация - в сухожаровом шкафу при 180° 60 мин.

Обработка сосок.

1. Дезинфекция - в 2% растворе соды (20 г соды на 1 л воды) кипятить 15 мин с момента закипания, остудить до 50°.
2. Ершивание ватно-марлевым тампоном.
3. Стерилизация - в автоклаве при 120° 45 мин.

По мере взросления ребенка, созревания функциональных возможностей пищеварения в питание ребенка с возраста 4,5-5 мес. вводят блюда прикорма - новое, немолочное питание. Новое питание (прикорм) вводят очень осторожно - каждое новое блюдо постепенно.

Блюда прикорма мать может готовить сама либо использовать блюда прикорма промышленного приготовления. Это могут быть сухие безмолочные или молочные каши, либо овощные, мясные, мясоовощные, рыбоовощные блюда или десерты.

При использовании "баночного" питания следует уточнить: возраст, для которого предназначен данный продукт; дату изготовления и его состав, а также убедиться в герметичности упаковки.

Формирование новых вкусовых ощущений начинается после введения прикормов, когда ребенку предлагается пища другого вкуса. Возможности при этом весьма ограничены, поскольку главным является привыкание малыша к новым продуктам питания, но уже после введения третьего прикорма нужно разнообразить виды каш и овощей, используемых в питании, тем более, что среди продуктов, которые в настоящее время чаще всего используются родителями, их выбор весьма велик.

Более широкие возможности возникают, начиная с 9-10 мес., когда ребенок может получить достаточно широкий набор продуктов. В целом, воспитание вкуса у ребенка на первом и втором году жизни происходит почти исключительно за счет разнообразия блюд, которыми питается ребенок. Для организации кормления ребенка грудного возраста необходима посуда и стул-стол для кормления. С 8 мес. ребенок может сидеть за столом на специальном стульчике. Стол может быть съемным, а стул подвижным, чтобы опускать его при необходимости ближе к полу в целях безопасности.

Для кормления ребенка используют определенный набор посуды:

- 2 детские тарелки из керамики или пищевой пластмассы (в керамической посуде пища остывает быстрее);
- удобный стаканчик, типа "непроливайка", либо чашечку с удобной ручкой;
- 2 ложечки из пищевой пластмассы (металлические, в том числе серебряные, быстро нагреваются и могут обжечь ребенка);
- бутылочки объемом 200-250 мл (при проведении искусственного вскармливания).

Детская посуда должна легко мыться и иметь возможность обрабатываться путем кипячения или паровой стерилизации. Необходимо предусмотреть наличие нагрудных передников (1-2 клеенчатых или пластиковых и 3-4 тканевых).

В процессе роста и освоения навыков ребенок проявляет стремление к самостоятельному приему пищи. В возрасте от 9 мес. до 1 года ребенок начинает пользоваться во время еды руками. При этом опыта самостоятельного питания у него нет, что требует бдительности и терпения ухаживающих взрослых. На первых этапах обучения дети не столько съедают пищу, сколько перебирают ее, разбрасывают вокруг себя, размазывают по одежде и столу. Поэтому специальные передники используются для защиты одежды и привития гигиенических навыков опрятности.

Во время приема пищи ребенка нельзя оставлять одного. С пищей во рту он должен находиться сидя и быть под постоянным наблюдением взрослого. Если ребенок подавился, необходимо перевернуть его вниз головой и энергично хлопнуть по спине. При отсутствии эффекта нужна срочная медицинская помощь.

Приучать ребенка к самостоятельному питанию необходимо уже на первом году жизни. Для этого должно быть несколько условий.

Первым этапом является обучение ребенка самостоятельно пить из чашки с 6-6,5 мес. Используется небольшой пластиковый стакан, желательно яркой окраски. В связи с тем, что в этот период жизни ребенок может пить только маленькими глотками, делая одновременно не более 1-2 глотков, в чашку наливается 10-20 мл жидкости.

Следующим этапом является попытка приучить ребенка к самостоятельному использованию стаканчика для питья. Для этого важны 2 условия:

- ребенок должен видеть, как мама использует такой же стаканчик для питья, любая попытка ребенка повторить движения матери должна поощряться;
- использование чашки для питья должно происходить в одинаковых условиях (сидя за столом и, в первое время, перед приемом жидкости, соков).

Обычно этот навык осваивается к 11-12 месяцам.

Знакомство с едой из ложки начинается со времени введения первого прикорма, т.е. с 4-6 месяцев. Самостоятельная еда ложкой достаточно сложный процесс, поэтому обучение этому навыку рекомендуется начинать с 8-9 месяцев. Вначале ребенка учат правильному удержанию ложки, затем мать пытается, управляя рукой ребенка, ввести ему в рот небольшое количество пищи, давая все больше свободы малышу.

Есть общее правило, что овладение навыком приёма пищи всегда проводят в начале еды, когда ребенок голоден, иначе для ребенка это превращается в игру.

С 1 года до 3 лет происходит переход от вскармливания к питанию взрослого человека, и рациональная организация питания на первом году облегчает этот переход.

К числу безопасных и полезных продуктов относятся:

- отварные овощи в виде мелких и мягких кусочков;
- спелые мягкие фрукты - кусочки банана, яблока, персика и т.п.
- отварное мясо (без костей) мелкими кусочками;
- твердое печенье, сухарик, корочка хлеба.

Прием продуктов, имеющих избыток соли, жира, сахара и не прошедших соответствующую кулинарную обработку (копчение, жарение), не желателен.

После года развитие ребенка продолжается такими же быстрыми темпами, хотя и замедляется по сравнению с первым годом жизни. Значительные изменения происходят в системе пищеварения: увеличивается емкость желудка, формируются и активно функционируют все слюнные железы, развивается жевательный аппарат. К 7 годам прорезываются постоянные коренные зубы.

Объем желудка у 2-3-летних детей увеличивается до 350-400 мл и к 5-7 годам достигает 400-500 мл. Увеличивается переваривающая способность желудочно-кишечного тракта, выработка пищеварительных ферментов и усиливается их активность. Однако у детей раннего возраста еще высока восприимчивость к различным нарушениям пищевого режима, довольно легко возникают расстройства пищеварения.

Потребность детей раннего и дошкольного возраста в основных пищевых веществах и энергии относительно высока.

Важно, чтобы 70% белков приходилось на долю белков животного происхождения, что позволяет обеспечить пластические функции быстрорастущего организма и интенсивное формирование центральной нервной системы.

Растительные жиры должны составлять не менее 10-15% по отношению к общему количеству жира в питании детей.

Углеводы в организме выполняют в основном энергетические функции. Они принимают участие в обмене белка, способствуют окислению жира. За счет углеводов должно покрываться 50% суточной калорийной потребности.

В питании ребенка старше года большая роль принадлежит молоку и молочным продуктам, которые должны входить в рацион ежедневно. Белковая часть рациона обеспечивается за счет мяса, птицы, рыбы, яиц. Из жировых продуктов детям раннего возраста рекомендуется сливочное и растительное масло. Углеводный компонент рациона покрывается за счет овощей, круп, хлеба, муки, макаронных изделий. В рационе должно присутствовать достаточное количество свежих фруктов - источника полноценных углеводов, минеральных солей, микроэлементов, витаминов. Поэтому в питание здоровых детей следует включать зелень, разнообразные овощи и фрукты, в том числе содержащие грубую клетчатку (редис, редьку, лук, малину и т.д.).

Антропометрия

Взвешивание и измерение роста проводят для оценки физического развития детей, правильной дозировки лекарственных средств.

Взвешивание детей до 2 лет производят на электронных весах. Перед работой нужно включить весы, положить пеленку, сбросить ее массу (на табло появится "0") затем укладывают ребенка, через несколько секунд на табло высвечивается масса в граммах. Независимо от возраста детей взвешивают утром натощак, желательно после мочеиспускания и дефекации.

Взвешивание детей старше 2 лет производится на напольных электронных весах. Ребенок должен быть раздет до плавочек, без обуви.

Рост детей грудного возраста измеряют при помощи специального горизонтального ростомера, который представляет собой доску прямоугольной формы длиной 80 см и ши-

риной 40 см. Перед началом измерения горизонтальный ростомер протирают дезинфицирующим раствором и подкладывают пеленку. Ребенка, одетого в распашонку, укладывают на ростомер так, чтобы голова плотно прикасалась теменем к неподвижной поперечной планке ростомера, ноги выпрямляют в коленях и к подошвам прижимают подвижную поперечную планку ростомера. По боковой планке со шкалой определяют расстояние между неподвижной и подвижной планками (рост ребенка).

Измерение роста детей старшего возраста производится в положении стоя ростомером. Последний представляет собой деревянную доску длиной 2 м 10 см, шириной 10 см и толщиной 5 см, установленную вертикально на деревянной площадке размером 75×50 см. На вертикальной доске нанесены шкалы делений в сантиметрах: справа для измерения роста в положении стоя, слева для измерения роста в положении сидя. По доске скользит планка длиной 20 см. На уровне 40 см от пола к вертикальной доске прикреплена откидная скамейка для измерения роста в положении сидя.

Порядок измерения: ребенок становится на площадку ростомера спиной к вертикальной стойке, в естественном выпрямленном положении, касаясь вертикальной стойки пятками, ягодицами, спиной и затылком, руки опущены вдоль тела, пятки вместе, носки врозь. Голова устанавливается в положении, при котором нижний угол глазницы и верхний край козелка уха находятся в одной горизонтальной плоскости. Подвижную планку прикладывают к голове без надавливания.

Рост детей от 1 года до 3 лет измеряют при помощи того же ростомера, только вместо нижней площадки используют откидную скамейку и отсчет ведут по шкале слева. Установка головы и тела та же, что и при измерении роста детей более старшего возраста.

Окружность головы измеряют, накладывая сантиметровую ленту на лоб на уровне надбровных дуг, сзади она проходит через затылочный бугор, сбоку - над ушными раковинами.

Окружность груди измеряют спереди на уровне сосков, сзади - по нижнему краю лопаток, обращая внимание на то, чтобы сантиметровая лента находилась в горизонтальном положении.

Все измерения нужно проводить тщательно, не торопясь, записывать полученные результаты в историю развития ребенка.

Вопросы для самоподготовки.

1. Преимущества грудного вскармливания.
2. Правила и техника прикладывания ребенка к груди.
3. Техника сцеживания молока и его хранение.
4. Понятие о прикормах. Сроки введения прикормов.
5. Смеси, используемые при искусственном вскармливании.
6. Понятие о смешанном вскармливании.
7. Приготовление молочных смесей.
8. Правила проведения контрольного взвешивания.
9. Правила обработки посуды для детского питания (бутылочек, сосок).
10. Оценка питания ребенка.
11. Принципы организации питания детей грудного возраста.
12. Продукты, используемые в питании детей.
13. Этапы обучения самостоятельному питанию детей.
14. Техника измерения роста у детей в зависимости от возраста.
15. Техника измерения массы у детей в зависимости от возраста.
16. Техника измерения окружности груди.
17. Техника измерения окружности головы.

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ:

1. ДЛЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) грудное молоко
 - 2) коровье молоко
 - 3) козье молоко
 - 4) смесь адаптированная молочная
 - 5) смесь неадаптированная
2. КОНТРОЛЬНОЕ ВЗВЕШИВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ
 - 1) до кормления в одежде
 - 2) после кормления в одежде
 - 3) до кормления без одежды
 - 4) перед и после кормления в одной и той же одежде
 - 5) после кормления без одежды
3. ДЕФИЦИТ МОЛОКА 25-50% СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ ДЕФИЦИТА
 - 1) I
 - 2) II
 - 3) III
 - 4) IV
 - 5) V
4. СМЕШАННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ - ЭТО КОРМЛЕНИЕ РЕБЕНКА
 - 1) адаптированными молочными смесями
 - 2) неадаптированными молочными смесями
 - 3) грудным молоком (не менее 1/5 суточного объема) + адаптированными молочными смесями
 - 4) грудным молоком (не менее 1/5 суточного объема) + неадаптированными молочными смесями
 - 5) грудным молоком + кашами
5. ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ - ЭТО КОРМЛЕНИЕ РЕБЕНКА
 - 1) адаптированными молочными смесями
 - 2) неадаптированными молочными смесями
 - 3) грудным молоком (не менее 1/5 суточного объема) + адаптированными молочными смесями
 - 4) грудным молоком (не менее 1/5 суточного объема) + неадаптированными молочными смесями
 - 5) грудным молоком + кашами
6. К ПРАВИЛАМ КОРМЛЕНИЯ СМЕСЬЮ ОТНОСЯТСЯ
 - 1) свободный режим кормлений
 - 2) строго дозировать смесь в каждое кормление
 - 3) обработка бутылочки и соски 1 раз в день
 - 4) кормить в горизонтальном положении
 - 5) можно использовать неадаптированные "заменители" женского молока
7. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ РОСТА РЕБЕНКУ ТОЧКАМИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ С РОСТОМЕРОМ ДОЛЖНЫ БЫТЬ
 - 1) спина, ягодицы, пятки
 - 2) затылок, спина, ягодицы, пятки
 - 3) затылок, спина, ягодицы

4) спина, ягодицы

5) затылок, пятки

8. ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА РЕБЕНКА 3 ЛЕТ ПРОВОДИТСЯ

1) сидя

2) стоя, со слегка опущенной головой

3) стоя, угол глаза и козелок уха на одном горизонтальном уровне

4) стоя, приподняв подбородок

5) стоя, повернув голову вправо

9. ОКРУЖНОСТЬ ГРУДИ РЕБЁНКУ ИЗМЕРЯЮТ

1) спереди на уровне мечевидного отростка, сзади - по нижнему краю лопаток

2) спереди чуть ниже сосков, сзади - по лопаточной ости

3) спереди выше сосков, сзади - по нижнему краю лопаток

4) спереди на уровне сосков, сзади - по лопаточной ости

5) спереди на уровне сосков, сзади - по нижнему краю лопаток

10. ДЛЯ ПОКРЫТИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА В ПИТАНИЕ ВКЛЮЧАЮТ

1) белки

2) жиры

3) углеводы

4) витамины

5) минералы

Эталоны ответов: 1-1, 2-4, 3-2, 4-3, 5-1, 6-2, 7-2, 8-3, 9-5, 10-3.

2.3. Методы и техника закаливания детей (для самостоятельной работы студентов)

Изучив данную тему, студенты должны **знать**:

- основные цели закаливания;
- правила закаливания;
- противопоказания к закаливанию;
- методы закаливания;
- закаливание детей до 1 года;
- закаливание детей старше года.

Студенты должны **уметь**:

- провести процедуру закаливания воздухом ребенку до 1 года;
- провести процедуру закаливания водой ребенку до 1 года;
- провести процедуру закаливания воздухом ребенку старше 1 года;
- провести процедуру закаливания водой ребенку старше 1 года;
- провести солнечную ванну ребенку.

Краткое изложение теоретического материала

Комплекс оздоровительно-закаливающих мероприятий включает в себя использование природных факторов (солнце, воздух, вода) и специальных методик (обливание, обтирание и др.) для повышения устойчивости организма к неблагоприятным условиям окружающей среды. Закаливание как фактор повышения сопротивляемости организма использовались с древних времен. В Древней Руси детей сразу после рождения начинали парить в бане и купать в холодной воде. В Якутии было принято несколько раз в день натирать детей снегом и обливать холодной водой.

Для проведения закаливающих процедур необходимо соблюдать следующие принципы:

- систематичность (закаливание надо проводить во все времена года, постоянно, без перерывов);

- постепенность (дозы раздражающего действия постепенно увеличиваются);
- индивидуальный подход (необходимо учитывать возрастные изменения и индивидуальные особенности ребенка);
- положительный эмоциональный фон (все закаливающие мероприятия должны приносить радость).

Медицинским отводом от закаливания является острое лихорадочное состояние.

Закаливание воздухом начинается еще в родильном доме, когда во время смены пеленок ребенок остается раздетым на несколько минут. Воздушные ванны нужно проводить в хорошо проветриваемом помещении. Процедуры у детей раннего возраста начинают с 2-3 недель жизни. Температура воздуха для грудных детей должна быть 20-22 °С, для детей 1-2 лет - 18-19 °С (при хорошей переносимости закаливания температура может быть снижена до 12-13 °С). Длительность процедуры в начале занятий составляет 1-2 мин, каждые 5 дней увеличивается на 2 мин, доводится до 15 мин у детей младше полугодия, до 30 мин - старше полугодия, для детей 2-3 лет максимальное время проведения процедуры 30-40 мин. Воздушные ванны рекомендуется сочетать с гимнастическими упражнениями.

При закаливании солнцем детей грудного возраста можно использовать только рассеянные солнечные лучи, в которых сравнительно мало лучей инфракрасного спектра, вызывающих перегревание организма. В осенне-зимний и весенний периоды солнце менее активно, поэтому попадание его на открытые участки тела безвредно. Летом рекомендуется проведение световоздушных ванн. Желательно проводить их в безветренную погоду, температура воздуха для грудных детей должна быть более 22 °С, для детей 1-3 лет - выше 20 °С. Температура воздуха более 30 °С является абсолютным противопоказанием для проведения процедуры. Продолжительность первой ванны составляет 3-5 мин, постепенно увеличиваясь до 30-40 мин. Наиболее оптимальным временем для проведения воздушных ванн в средней полосе России является период с 9 до 12 ч, в более жарком климате - с 8 до 10 ч. Воздействие прямых солнечных лучей (у детей старшего возраста) должно продолжаться не более 15-20 мин. Использование искусственного ультрафиолетового облучения для профилактики рахита в настоящее время находит все меньшее применение в связи с его возможным канцерогенным действием.

К водным процедурам (закаливание водой) детей приучают постепенно, начиная закаливание с местных обливаний и обтираний. Кроме того, в проведение обычных водных процедур (купание, подмывание, умывание) следует вносить элемент закаливания. Так, при проведении ванны ребенка купают в воде, температура которой 37-36 °С, затем обливают водой на 2 °С ниже. Подмывание и умывание сначала проводят теплой водой, затем рекомендуется снижать температуру воды на 2 °С в неделю с тем, чтобы довести ее до 20-22 °С. Местное влажное обтирание можно начинать с первых недель жизни. Оно проводится рукавичкой, смоченной водой, температура которой 33-36 °С. Каждые пять дней температуру снижают на 1 °С и доводят до 28 °С. Сначала обтирают руки в направлении от кисти до плеча, затем ноги от ступни до бедра. После этого каждую часть тела вытирают насухо до легкого покраснения. Процедура занимает 1-3 мин. Общее влажное обтирание проводится с 2-3 мес. жизни. Температура воды и методика такая же, как при местном обтирании. Последовательность следующая: сначала верхние конечности, затем нижние, грудь и спина. Местные водные процедуры предшествуют общим. Могут проводиться с 8-9 мес. Обливают ноги (стопы и нижняя треть голени). Температура воды снижается с 35 до 28 °С (на 1 °С каждые 5-7 дней). Можно сочетать с мытьем ног перед сном. В старшем возрасте можно применять контрастное обливание ног. При этом ноги ребенка поочередно погружаются сначала в теплую воду (37-40 °С) на 1-2 мин., затем в более прохладную (33-36°) на 5-20 с. Число погружений от 3 до 6 раз. Температура холодной воды снижается на 1 °С каждые 5 дней, доводится до 10-18 °С. Процедуру заканчивают холодной водой у здоровых детей, теплой у ослабленных. Общее обливание проводят

с возраста 9-10 мес. Ребенок может сидеть или стоять. Шланг душа держат на расстоянии 25-30 см от тела ребенка, струя воды должна быть сильной. Температура воды с 35-37 °С снижается до 28 °С (на 1 °С каждые 5-7 дней).

Последовательность обливания: сначала спина, затем грудь, живот, в последнюю очередь руки. Продолжительность обливания 35-40 с. После обливания вытирают насухо до легкого покраснения.

Вопросы для самоподготовки.

1. Понятие о закаливании.
2. Основные цели закаливания.
3. Правила закаливания.
4. Противопоказания к закаливанию.
5. Воздушные ванны как метод закаливания.
6. Солнечные ванны как метод закаливания.
7. Водные процедуры как метод закаливания.

2.4. Массаж и гимнастика (для самостоятельной работы студентов)

Изучив данную тему, студенты должны **знать**:

- основные виды стимуляции роста и развития ребенка;
- основные элементы массажа;
- основные элементы гимнастики;
- условия для проведения массажа и гимнастики у ребенка.

Студенты должны **уметь**:

- провести основные приемы массажа детям до 1 года;
- провести основные приемы массажа детям старше 1 года;
- провести основные гимнастические упражнения для детей старше 1 года.

Краткое изложение теоретического материала

Различают четыре основных массажных приема: поглаживание, растирание, разминание и вибрация.

Во время выполнения поглаживания рука массирующего скользит по коже массируемого участка тела, не смещая ее. Физиологическое действие данного приема связано с местным воздействием на кожу, усиливая лимфо- и кровообращение в поверхностно расположенных сосудах, а также потоотделение.

Общее действие поглаживания проявляется снятием повышенного возбуждения у детей первых 3 мес. жизни. Повышение эмоционального тонуса (нередко первые речевые реакции - гуление) возникают в ответ на тактильные раздражители во время массажа. Поглаживание предшествует всем видам массажа и завершает их, но может использоваться и изолированно. Поглаживающий массаж выполняется медленно - около 20 поглаживаний в минуту. Направление поглаживающих массажных движений должно совпадать с направлением лимфооттока - от дистальных отделов к проксимальным.

Растирание, в отличие от поглаживания, смещает и растягивает кожу. Массирующая рука не скользит по коже, а надавливает на нее, образуя по ходу движения кожную складку, сдвигая, растягивая кожу и подкожные образования. При растирании массажные движения могут осуществляться в любом направлении. Эффект растирания связан с более энергичными местными сдвигами, гиперемией и усилением обменных процессов в коже и подкожной клетчатке. Темп выполнения различных видов растирания - медленный и средний, до 60 движений в минуту.

Во время разминания выполняется энергичное воздействие на массируемый участок в виде оттягивания, сдавливания и разминания. При разминании прежде всего изменяется состояние мышцы, улучшается ее крово- и лимфоснабжение, резко усиливаются регенеративные репара-

тивные процессы. Обычно разминание проводят не прерывистыми движениями рук массажиста в темпе от 40 до 60 движений в минуту, постепенно сдвигая руки по ходу мышц.

Вибрационный массаж вызывает сотрясение, ритмичные колебания массируемых участков тела. По сравнению с другими приемами массажа, вибрация оказывает более выраженное рефлекторное действие, что связано с кожно-висцеральными и моторно-висцеральными рефлексам. Различные виды вибрационного массажа - непрерывистая и прерывистая вибрация, со вспомогательными приемами сотрясения, встряхивания, поколачивания, рубления и похлопывания - выполняются сериями колебательных движений рук с нарастающей скоростью от 100 до 300 в минуту, при которых давление на массируемый участок постепенно возрастает к середине процедуры, а затем снижается.

Массаж обязателен для всех здоровых детей первого года жизни, в этот период он ограничивается, как правило, использованием двух приемов - поглаживания и растирания. Обычно первые две процедуры массажа проводит медицинская сестра, в дальнейшем - родители. Оптимальное время для проведения массажа - через 1-1,5 ч после кормления 1-2 раза в день.

Гимнастика

У детей грудного возраста массаж обычно сочетается с гимнастическими упражнениями. Гимнастические упражнения разделяют на активные, пассивные и рефлекторные.

Детям до 3 месяцев проводят только рефлекторные упражнения, т.е. повторение рефлексов, характерных для детей первых месяцев жизни (ползание по Бауэру, рефлекс Робинсона и т.д.).

С 3 месяцев рекомендуются пассивные упражнения. Постепенное снятие гипертонуса в значительной степени определяет их характер. В 3 месяца пассивное сгибание и разгибание рук, с 4-5 месяцев - ног и т.д.

Активные движения проводят после 4 месяцев при участии самого ребенка. Например, помощь в перевороте со спины на живот, позднее - с живота на спину, поддержка при стоянии, ходьбе, приседании. Чем старше ребенок, тем меньше пассивных и больше активных движений используется при проведении гимнастических упражнений.

Для детей старше 1 года физическое воспитание организуется в виде подвижных игр, а с 2,5 лет желательно в комплекс гимнастических упражнений включать утреннюю гимнастику. Дети, как правило, сразу после сна неохотно занимаются физическими упражнениями, поэтому в первое время с ними должен заниматься кто-нибудь из взрослых. Для успешных занятий рекомендуется использовать мелкие гимнастические предметы: палки, мячи, обручи, скакалки. Подвижные игры способствуют не только физическому, но и психическому развитию ребенка. Они повышают эмоциональный тонус, развивают смекалку, самостоятельность, учат действовать в коллективе. Подвижные игры лучше всего организовывать на свежем воздухе.

При проведении гимнастических занятий соблюдаются следующие основные принципы:

- охват всех мышечных групп (плечевой пояс, ноги, спина, живот);
- чередование упражнений с нагрузкой и отдыха;
- чередование исходных положений;
- у детей 1-3 лет упражнения направлены на развитие двигательных навыков.

Для физического воспитания детей старше 3-4 лет широко используют упражнения спортивного характера (спортивные игры, эстафеты, игры с мячом и др.) с элементами соревновательного характера.

Вопросы для самоподготовки.

1. Основные виды стимуляции роста и развития ребенка.
2. Основные элементы массажа.
3. Основные элементы гимнастики.
4. Условия для проведения массажа и гимнастики у ребенка.

3. ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА

3.1. Прием больного в стационар. Санитарная обработка больного в детском приемном отделении стационара. Транспортировка больных

Изучив данную тему, студенты должны **знать**:

- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального поведения медицинских работников, права пациентов и медицинских работников;
- организацию работы приемного отделения;
- правила оформления ребенка в стационар;
- технику осмотра ребенка на инфекционное заболевание и педикулез;
- технику санитарной обработки больного ребенка в приемном отделении;
- технику обработки при обнаружении педикулеза;
- технику транспортировки больного из приемного в лечебное отделение.

Студент должен **уметь**:

- осмотреть ребенка в приемном отделении для выявления педикулеза и чесотки;
- провести санитарную обработку поступающего в стационар ребенка;
- осуществлять дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными;
- провести антропометрию;
- провести обработку при обнаружении педикулеза;
- транспортировать ребенка из приемного в лечебное отделение.

Студент должен **владеть**:

- принципами врачебной этики и деонтологии в работе с детьми и их родителями (законными представителями), коллегами;
- навыками дезинфекции и антисептической обработки инструментов;
- навыками санитарной обработки больного ребенка в приемном отделении;
- навыками обработки ребенка при обнаружении педикулеза;
- навыками осмотра ребенка на инфекционное заболевание и педикулез;
- навыками транспортировки больного из приемного в лечебное отделение;
- навыками антропометрии.

Краткое изложение теоретического материала.

Стационары разделяют:

- по территории обслуживаемых больных: городские, районные, областные, краевые; государственные, частные.
- по разнообразию отделений: многопрофильные, при наличии в одной больнице отделений разного профиля (кардиологическое, аллергологическое, хирургическое, оториноларингологическое и т. д.); специализированные, при оказании медицинской помощи детям с одной группой заболеваний (например, инфекционная больница);
- по принципу организации: объединённые с поликлиникой и без поликлиники;
- по объему работы: в зависимости от допустимого максимального одновременного количества больных в стационаре.

Основная цель деятельности современной детской больницы - восстановление здоровья больного ребенка. Для достижения данной цели персонал медицинского учреждения должен оказать больному многоэтапную помощь, а именно: осуществить диагностику заболевания, провести неотложную терапию, основной курс лечения и восстановительное лечение, включая реабилитацию (меры социальной помощи).

На работников детского стационара возлагаются определенные обязанности, главными из которых являются следующие:

- оказание детям высококвалифицированной лечебной помощи;

- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и профилактики;
- консультативная и методическая работа.

В каждой детской больнице имеются приемное отделение (приемный покой), стационар (лечебные отделения), лечебно-диагностическое отделение или соответствующие кабинеты и лаборатории, патологоанатомическое отделение (морг), вспомогательные подразделения (аптека, пищеблок, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, административно-хозяйственная часть, библиотека и т.д.).

Штатное расписание детской больницы включает должности главного врача, заместителя главного врача по лечебной части, заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, заместителя главного врача по хозяйственной части, заведующих отделениями, врачей (ординаторов), старших медицинских сестер, медицинских сестер, младших медицинских сестер, в обязанности которых входит обеспечение высококвалифицированной медицинской помощи и ухода за больными детьми. В крупных детских больницах предусмотрена должность педагога, проводящего воспитательную работу с детьми. Выделяются штаты по отдельным хозяйственным и техническим специальностям (повара, инженеры, слесари, бухгалтеры и др.).

В системе детских лечебно-профилактических учреждений детская больница играет особую роль. Именно сюда госпитализируют тяжелобольных, здесь сконцентрировано современное диагностическое оборудование, работают высококвалифицированные врачи и медицинские сестры, ведется профессиональная подготовка медицинских кадров.

Правила поступления детей в стационар и работа приемного отделения. Главная задача детского приемного отделения (ДПО) - организация приема и госпитализации больных детей. От правильной и оперативной работы этого отделения во многом зависит успех последующего лечения. При поступлении больного устанавливают предварительный диагноз, оценивают обоснованность госпитализации, если необходимо, оказывают неотложную медицинскую помощь. Доставка больного в ДПО, в зависимости от состояния больного может быть экстренная и плановая, осуществляться как санитарным транспортом в сопровождении медицинских работников и родителей, так и "своим ходом". Если ребенок доставлен в больницу без родителей (авария, травма, внезапное ухудшение состояния), информация о госпитализации должна быть срочно передана родителям больного или сообщена в милицию для их розыска.

Направление может быть дано участковым педиатром, узким специалистом, семейным врачом или специалистами скорой помощи. В нем указываются фамилия, имя, возраст ребенка, его адрес по месту жительства, предполагаемый диагноз, а также дата, фамилия врача и врачебная печать или печать направляющего медицинского учреждения. Оптимальным является наличие в направлении сведений об анамнезе заболевания, результатах проведенных амбулаторных исследований, проводимой терапии и ее эффективности. В ряде случаев в стационар может быть затребована амбулаторная карта развития ребенка.

Медицинский страховой полис дает право на бесплатное медицинское обслуживание больного во всех регионах страны.

Приемное отделение состоит из вестибюля-ожидальни, приемно-смотровых боксов, изоляционных боксов на 1-2 койки, санитарного пропускника, кабинета врача, процедурной-перевязочной, лаборатории для срочных анализов, комнаты для медицинского персонала, туалета и других помещений. Число приемно-смотровых боксов должно составлять 3% от количества коек в больнице. Работники приемного отделения ведут учет движения больных (регистрация поступающих, выписанных, переведенных в другие стационары, умерших), проводят врачебный осмотр больного, оказывают экстренную медицинскую помощь, осуществляют направление в соответствующее отделение, санитарную обработку, изоляцию инфекционных больных. В этом же отделении имеется справочная. На-

личие нескольких приемно-смотровых боксов позволяет отдельно вести прием терапевтических, хирургических и инфекционных больных, детей грудного возраста и новорожденных. Реанимационное отделение располагают обычно рядом с приемным отделением, поэтому при поступлении больного в крайне тяжелом состоянии его сразу же помещают в отделение реанимации, по существу, минуя приемный покой. Вся необходимая документация оформляется "по ходу" проведения необходимой интенсивной терапии. Неотложная помощь ребенку, кроме того, может быть оказана в палате интенсивной терапии, которая размещается при приемном отделении.

Регистрация больного. Поступление больного регистрирует медицинская сестра в "журнале поступающих", где указываются: дата, время поступления, паспортные данные ребенка (фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес прописки или проживания), диагноз направления и лечебное отделение, куда поступает ребенок. После этого она заполняет паспортную часть болезни, где помимо паспортных данных указываются сведения о родителях; детских учреждениях, посещаемых ребенком до заболевания; а также дата и время как поступления ребенка в ДПО, так и перевода в лечебное отделение.

Термометрия - проводится медицинской сестрой во время заполнения указанной выше медицинской документации с фиксацией данных в истории болезни.

Антропометрия (измерение длины и массы тела ребенка) с записью результатов в истории болезни осуществляется медицинской сестрой. В случае тяжелого состояния больного антропометрия проводится в лечебном отделении после оказания неотложной помощи. Антропометрические данные, особенно в первые часы поступления ребенка в стационар, нужны не только для оценки его физического состояния (выявление недостаточности или избыточности питания и т. д.), но и для расчета объема и дозы вводимых лекарственных препаратов, назначаемых в педиатрии из расчета на 1 кг массы тела (в ряде случаев на площадь поверхности тела).

После осмотра ребенка врачом медицинская сестра получает от врача рекомендации о характере санитарной обработки. Обычно санитарная обработка заключается в проведении гигиенической ванны или душа; при наличии педикулеза (вшивость) или обнаружении гнид проводится соответствующая обработка волосистой части головы, белья. Исключение составляют больные, находящиеся в крайне тяжелом состоянии. Им оказывают неотложную помощь и лишь при отсутствии противопоказаний производят санитарную обработку. После санитарной обработки ребенка транспортируют в отделение. Так называемые плановые больные не должны задерживаться в приемном покое более 30 мин. При массовом поступлении больных соблюдается определенный порядок очередности госпитализации: сначала оказывают помощь тяжелобольным, затем больным в состоянии средней тяжести и в последнюю очередь "плановым" больным, не нуждающимся в срочном лечении.

Врач ДПО определяет лечебное отделение, куда направляется ребенок, вид его транспортировки, терапию на время до осмотра врача лечебного отделения.

При необходимости в ДПО осуществляется первая медицинская помощь.

Детей с признаками инфекционного заболевания помещают в боксы-изоляторы.

Детей первых лет жизни госпитализируют с одним из родителей. При переводе ребенка в детское отделение персонал приемного покоя предупреждает заведующего отделением и постовую медицинскую сестру о поступлении к ним нового пациента, информируют их о тяжести состояния и поведении ребенка во время приема. В вечернее и ночное время (после 15 ч) все эти сведения передают постовой медицинской сестре, а при поступлении тяжелобольного и дежурному врачу.

Персонал приемного отделения должен быть внимателен и приветлив с детьми и родителями, учитывать состояние ребенка, переживания родителей. Нужно стремиться со-

кратить время адаптации ребенка к новой для него обстановке. Справочная (информационная служба) организуется при приемном отделении. Здесь родители могут узнать о состоянии здоровья детей. Справочная ежедневно должна иметь сведения о месте пребывания, тяжести состояния и температуре тела каждого ребенка. Эти сведения можно сообщать родителям по телефону.

Транспортировка в лечебное отделение (с историей болезни, листом врачебных назначений) осуществляется только в сопровождении медицинского персонала. Вид транспортировки определяется врачом. В зависимости от возраста и состояния больные могут транспортироваться: на руках (родителей, санитарки, медсестры); самостоятельно ("своим ходом"); на кресле-каталке или на носилках-каталке, заправленной чистой простыней или одеялом. Указанный порядок приема больных в стационар нарушается только в том случае, если состояние больного тяжелое и требует по жизненным показаниям в первую очередь оказания неотложной помощи (в том числе направления в реанимационное отделение, минуя ДПО), а затем соблюдения всех перечисленных выше пунктов.

Приемное отделение обеспечивается необходимым количеством носилок-каталок и кресел-каталок для транспортировки больных детей в отделения. Детей, находящихся в крайне тяжелом состоянии (шок, судороги, массивное кровотечение и пр.), направляют сразу в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии.

В палате тяжелобольного с носилки-каталки перекалывают на постель: одну руку подводят под лопатки, а другую - под бедра больного, при этом ребенок обхватывает шею медицинской сестры. Если больного переносят два человека, то один поддерживает больного под лопатки и поясницу, второй - под ягодицы и голени.

Простынь меняют после каждого больного, а одеяло проветривают. Некоторых больных, например детей с гемофилией при наличии кровоизлияния в суставы, доставляют в кресле-каталке.

Дезинфекция санитарного транспорта, доставившего инфекционного больного в стационар, проводится силами медицинского персонала ДПО, о чем делается запись в соответствующем журнале. Эвакуатору выдается талон о проведенной дезинфекции за подписью дежурной медицинской сестры или ставится штамп на путевке водителя о проведении обеззараживания.

Санитарная обработка больного в ДПО стационара

Санитарная обработка больного в ДПО проводится по необходимости, её назначает врач приемного отделения. Санитарная обработка предусматривает:

- гигиеническую ванну, душ или обтирание больного ребенка (в зависимости от тяжести состояния);
- стрижку волос, ногтей;
- переодевание ребенка в чистое белье и одежду (по сезону);
- дезинсекцию - уничтожение вшей (при их обнаружении).

В случае тяжелого состояния больного санитарная обработка проводится только после оказания неотложной помощи и с разрешения врача.

Осмотр на педикулез. Наличие педикулеза является признаком грубых нарушений правил личной гигиены. Для выявления головных вшей осмотру тщательно подвергается волосистая часть головы ребенка (особенно - височно-затылочные области), для чего необходимо иметь хорошо освещенное рабочее место и лупу.

Тактика медицинского персонала при выявлении педикулеза может быть разной в зависимости от состояния больного:

- если ребенок поступает в стационар в порядке *плановой госпитализации* и чувствует себя хорошо, то его обычно отправляют домой для уничтожения насекомых, после чего разрешается госпитализация;

- если ребенок нуждается в госпитализации, но состояние его не тяжелое, то в специально отведенном помещении ДПО проводится специальная обработка волосистой части головы больного, после чего ребенок транспортируется в лечебное отделение с пометкой на лицевой части истории болезни факта выявления педикулеза, а также даты и времени проведения обработки головы;
- если состояние пациента тяжелое, то сначала проводится лечение основного заболевания с соблюдением специальных правил для предупреждения распространения вшей среди других больных (отдельная палата, на голове - платок и т. д.), а противопедикулезная обработка проводится после улучшения состояния больного в лечебном отделении.

Все случаи педикулеза (вши, гниды) регистрируются по телефону в районной СЭС, а также фиксируются на лицевой стороне истории болезни (форма 20) и в журнале ДПО "Учет инфекционных заболеваний", где указываются дата выявления педикулеза, сроки и вид противопедикулезной обработки, а также сведения о принявшем сообщении в СЭС.

Обработка больного с педикулезом проводится в специально отведенном и оснащенном для этого помещении (при его отсутствии - в санитарной комнате приемного покоя или лечебного отделения). Предусмотренная специально для этих целей противопедикулезная укладка должна содержать:

- клеенчатый мешок для сбора вещей больного;
- емкость для сжигания или обеззараживания состриженных волос;
- клеенчатую пелерину, резиновые перчатки, ножницы, частый металлический гребень, машинку для стрижки волос, спиртовку, 2-3 косынки, вату, столовый уксус (или 5-10% уксусную кислоту), педикулоциды (препараты для уничтожения вшей);
- рабочие дезинфицирующие растворы для последующей обработки помещения.

Для лечения педикулеза используют следующие педикулоцидные препараты: на основе пермитрина - "пара-плюс", Акромед-У, спреи "Нюда", "Хедрин", "Паранит-спрей", крем "Никс", а также "Паранит-лосьон", "Ниттифор", "Чубчик", шампуни "Гринцид", "Рид" и др.

Запрещена обработка педикулоцидами: детей до 5 лет, детей любого возраста с повреждениями кожи (дерматиты, травмы, экземы), а также кормящих и беременных женщин. В таких случаях необходимо ограничиваться стрижкой или сбриванием волос, механическим уничтожением насекомых и их яиц, вычесыванием гнид частым гребнем с нанизанной на зубцы ватой, обильно смоченной 5-10% раствором уксусной кислоты.

При обработке волос инсектицидными препаратами медицинской сестре следует надеть защитные перчатки. Перед обработкой ребенка медицинская сестра тщательно знакомится с инструкцией по использованию конкретного противопедикулезного средства, где четко указаны сведения о количестве используемого препарата и сроках экспозиции; особенностях правил работы с данным педикулоцидом. Так, препарат "Пара-плюс" распыляют на голове по всей длине волос от корня; держат 10 минут; голову не накрывают, не греют. После этого волосы тщательно вычесывают (на клеенку или бумагу) частым гребнем с ватой, смоченной 8% раствором столового уксуса (механическое удаление убитых вшей и гнид), прополаскивают чистой водой.

При выявлении только гнид может применяться более простой способ: волосы обрабатываются теплым раствором 9% столового уксуса, с экспозицией на 15-20 мин под плотно укутывающим голову платком. Затем волосы вычесываются частым гребнем с нанизанной на него ватой и моются шампунем. Необходимые правила регистрации случая педикулеза, как и фиксации этих сведений в истории болезни, а также еженедельных осмотров волосистой части головы ребенка медицинской сестрой лечебного отделения прежние.

Последующее проведение противопедикулезных мероприятий предусматривает:

- обработку помещения, где проводилось лечение педикулезного больного дезинфекционными растворами;

- направление в дезинфекционную камеру вещей больного с педикулезом;
- кипячение в дистиллированной воде в течение 30 мин ножниц, машинки для стрижки волос, металлического гребня, использованных при обработке педикулезного ребенка.

При выявлении чесотки у детей, поступающих в стационар в плановом порядке, им также может быть отказано в госпитализации (с регистрацией в СЭС, аналогично педикулезу). В таких случаях больные направляются в кожно-венерологические диспансеры с составлением извещения по соответствующей форме, где они проходят лечение под контролем дерматолога.

В случаях необходимости госпитализации тяжелых больных с чесоткой медицинскому персоналу приемного отделения необходимо:

- обработать все кожные покровы одним из лекарственных препаратов, назначенных врачом (5% крема перметрина, 2-10% петролата серы, "Спрегаль" и др.), согласно прилагаемой инструкции, на следующий день процедуру повторяют;
- надеть на ребенка чистое белье. Грязное нательное белье, постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), как и верхняя одежда, подлежат дезинфекции;
- через указанное в инструкции время экспозиции лекарственной мази провести ребенку гигиеническую ванну с повторной сменой нательного белья;
- зарегистрировать случаи выявления чесотки, как в журнале ДПО "Учет инфекционных заболеваний", так и в эпидемиологическом бюро города;
- отметить на лицевом листе истории болезни факт выявления чесотки, дату и время обработки кожи;
- провести дезинфекцию помещения, где находился ребенок, 2% горячим раствором стирального порошка, тщательно вымыть руки с мылом. В лечебном отделении ребенок с чесоткой должен быть изолирован с выделением отдельных предметов индивидуального пользования (белье, полотенце, постельные принадлежности, игрушки и т. д.) и обязательным ежедневным проведением текущей дезинфекции.

Грязное нательное и постельное белье собирается в мешок или бак отдельно от другого белья (с последующей дезинфекцией); влажная уборка палаты проводится 2% горячим раствором стирального порошка; уборочный инвентарь подлежит кипячению в течение 15 мин. или погружению в рабочий дезинфекционный раствор (согласно инструкции) с последующим ополаскиванием и сушкой.

Любое повторное медикаментозное лечение чесотки проводится только по назначению врача.

После выздоровления или выписки больного в палате проводится заключительная дезинфекция помещения, оборудования, предметов ухода, постельных принадлежностей.

Гигиеническая ванна проводится по назначению врача ДПО в ванном помещении с температурой воздуха не ниже 25 °С. Ванну предварительно обрабатывают дезинфекционным раствором (согласно инструкции), ополаскивают проточной водой; затем наполняют ванну, постепенно наливая холодную воду и прибавляя потом горячую (во избежание накопления пара в помещении). Продолжительность процедуры 10-20 мин. (в зависимости от возраста, состояния и настроения ребенка) при температуре воды 36-38 °С. Больного осторожно погружают в ванну так, чтобы вода покрывала 2/3 поверхности тела (область сердца должна быть свободна от воды). При удовлетворительном состоянии дети старшего школьного возраста могут вымыться самостоятельно в присутствии санитарки или медицинской сестры. Ослабленные больные, как и дети младшего возраста, моются непосредственно санитаркой или медицинской сестрой ДПО, начиная с головы; затем моют шею, туловище, ноги. Рекомендуется использование мыла с наименьшими щелочными свойствами ("Детское").

Индивидуальные мочалки (их число в ДПО определяется пропускной способностью

больницы в сутки) должны храниться в емкости с маркировкой "чистые". После использования они замачиваются в дезинфекционном растворе (концентрация и время экспозиции - согласно инструкции), прополаскиваются, кипятятся и высушиваются. После ванны ребенок ополаскивается проточной водой из-под душа, насухо вытирается, надевается чистое белье.

Противопоказанием для проведения гигиенических ванн являются: кожные заболевания, острые инфекционные заболевания, тяжелые заболевания внутренних органов в острый период.

В лечебных отделениях частоту проведения гигиенических ванн определяет врач, что зависит от вида патологии, состояния и возраста больного. Обычно для детей старше года, при удовлетворительном их состоянии, гигиенические ванны с последующей сменой нательного и постельного белья проводятся не реже 1 раза в неделю. Эти процедуры проводят не раньше чем через 1 ч после еды или за 40-45 мин. до того. При тяжелом состоянии ребенка санитарная обработка ограничивается частичной обработкой (подмыванием) или влажным протиранием отдельных частей тела.

Чистое белье выдается санитарке или медицинской сестре по мере необходимости сестрой-хозяйкой отделения и хранится в специально отведенных для этого промаркированных шкафах ("чистое белье"). Грязное белье складывается в промаркированные баки с педальным устройством или ведра с крышками и вложенными туда клеенчатыми мешками, находящиеся в санитарных комнатах с вытяжной вентиляцией, откуда доставляется в прачечную.

Стрижка ногтей с использованием ножниц с закругленными браншами больным в ДПО проводится по необходимости. После использования ножницы протирают дезинфицирующей салфеткой.

Вопросы для самоподготовки.

1. Принципы организации и функции приемного отделения.
2. Правила оформления больного ребенка в стационар.
3. Правила поступления больного ребенка в стационар.
4. Техника санитарной обработки больного.
5. Техника выявления педикулеза и чесотки и обработки больного.
6. Транспортировка больного из приемного отделения в лечебное.

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ:

1. САНИТАРНУЮ ОБРАБОТКУ РЕБЕНКА, БОЛЬНОГО ПЕДИКУЛЕЗОМ, ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
 - 1) родители
 - 2) медицинская сестра
 - 3) младшая медицинская сестра
 - 4) врач
2. ТЯЖЕЛОБОЛЬНОЙ РЕБЕНОК ТРАНСПОРТИРУЕТСЯ В ОТДЕЛЕНИЕ
 - 1) своим ходом
 - 2) на носилках (каталке)
 - 3) на руках родителей
 - 4) на руках медицинского персонала
3. ОДНИМ ИЗ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ВАНН ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) инфекционные заболевания в острый период
 - 2) возраст младше 1 года

- 3) состояние средней степени тяжести
- 4) закрытый перелом лучевой кости
4. ИЗОЛЯЦИОННЫЙ БОКС ДПО РАССЧИТАН НА
 - 1) 3-4 койки
 - 2) 1-2 койки
 - 3) 4-5 коек
 - 4) 5-6 коек
5. ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕДНЮЮ ОЧЕРЕДЬ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТСЯ
 - 1) больные в состоянии средней степени тяжести
 - 2) "плановые" больные в удовлетворительном состоянии
 - 3) больные в тяжелом состоянии
 - 4) больные, нуждающиеся в санитарной обработке
6. ТЕМПЕРАТУРА В ВАННОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ _____ ГРАДУСОВ
 - 1) 22
 - 2) 23
 - 3) 24
 - 4) 25
7. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ РЕБЕНКА В КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ ЕГО СРАЗУ НАПРАВЛЯЮТ В
 - 1) ДПО для регистрации
 - 2) реанимационное отделение
 - 3) лечебное терапевтическое отделение
 - 4) лечебное хирургическое отделение
8. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ 1% РТУТНОЙ ГЛАЗНОЙ МАЗИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) детский возраст до 1 года
 - 2) детский возраст до 5 лет лет
 - 3) период новорожденности
 - 4) детский возраст до 6 месяцев
9. АНТРОПОМЕТРИЯ - ЭТО
 - 1) измерение окружности головы
 - 2) измерение окружности груди
 - 3) измерение длины и массы тела ребенка
 - 4) измерение головы, окружности груд, длины и массы тела ребенка
10. РЕКОМЕНДАЦИИ О ХАРАКТЕРЕ САНИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ ДАЕТ
 - 1) врач ДПО
 - 2) врач скорой медицинской помощи, доставивший ребенка в стационар
 - 3) медицинская сестра
 - 4) родители пациента

Эталоны ответов: 1-3, 2-2, 3-1, 4-2, 5-2, 6-4, 7-2, 8-3, 9-4, 10-1.

3.2. Структура и организация работы детского соматического стационара.

Изучив данную тему, студенты должны **знать:**

- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального поведения медицинских работников, права пациентов и медицинских работников;
- устройство детской больницы;
- значение противоэпидемического режима в детском стационаре;

- характеристику режимов в стационаре;
- правила ухода за больными, находящимися на постельном режиме.

Студенты должны **уметь**:

- осмотреть поступившего больного на педикулез и чесотку;
- провести санитарно-гигиеническую обработку поступившему больному;
- провести в отделении текущую и заключительную дезинфекцию;
- произвести смену нательного и постельного белья больного;
- повести влажную уборку в отделении;
- следить за соблюдением режимов.

Студенты должны **владеть**:

- принципами врачебной этики и деонтологии в работе с детьми, и их родителями (законными представителями), коллегами;
- навыками осмотра больного на педикулез, чесотку;
- навыками проведения текущей и заключительной дезинфекции;
- навыками проведения влажной уборки в отделении;
- навыками ухода за больными детьми и подростками с учетом их возраста, характера и тяжести заболевания;
- навыками предупреждения возникновения пролежней.

Краткое изложение материала.

Устройство и работа лечебного отделения

Главные задачи медицинского персонала лечебного отделения - постановка правильного диагноза и проведение эффективного лечения.

Под больничным режимом понимают установленный распорядок пребывания и лечения больного ребенка в стационаре. Больничный режим определяется рядом факторов и прежде всего необходимостью создания условий для полноценного лечения, а также быстрой социальной и психологической адаптации ребенка к новым для него условиям. Для создания комфортных условий лечебно-охранительный режим включает психотерапевтические воздействия и воспитательные мероприятия. Строгие требования предъявляются для соблюдения режима сна и отдыха. Окружающая обстановка (удобная мебель, цветы, телевизор, телефон и т.д.) должна соответствовать современным требованиям.

Количество лечебных отделений в стационаре зависит от его коечного фонда и может быть от 1-2 до 20 и более. Стационар лечебного отделения состоит из изолированных палатных секций по 30 коек каждая, а для детей до 1 года - по 24 койки. В соматических отделениях могут находиться больные с разнообразной патологией, безопасной в контактном отношении. Отделения могут быть и специализированными, где получают лечение дети с заболеваниями одной системы (кардиологические, гастроэнтерологические, нефрологические, гематологические и т. д.).

Структура лечебного отделения предусматривает:

- **палаты** (комнаты) должны быть профилированы, заполнение их - одномоментное, рассчитаны не более чем на 4-6 детей (старше 1 года), желательно с остекленными перегородками между палатами и коридором. Для детей первого года жизни предусматриваются боксированные и полубоксированные палаты - от 1 до 4 коек в каждом боксе.

Кровать должна быть никелированной, чтобы ее легче было подвергать дезинфекции и влажной уборке. Допускается использование деревянных кроватей, но с условием, чтобы их размеры соответствовали возрасту детей. Кровать ставят в палате таким образом, чтобы к ней было удобно подойти с любой стороны, головным концом к стенке. Расстояние между соседними кроватями не должно быть менее 1,5 м. Сетка на кровати должна быть хорошо натянута, с ровной поверхностью, на нее кладут матрац и застилают его простыней, края которой подворачивают под матрац, чтобы она не сворачивалась и не соби-

ралась в складки. Если больной принимает пищу в постели, то постель необходимо перестилать для удаления с простыни крошек, остатков пищи, для расправления складок. На подушки из пера или ваты (нижнюю) и пуха (верхнюю) надевают чистые наволочки. Одеяло должно быть байковым, поскольку оно хорошо проветривается и дезинфицируется. В летний период года больные могут пользоваться тканевыми одеялами. На тканевые и байковые одеяла надевают пододеяльники. Не следует разрешать детям сидеть на чужих кроватях, тем более нельзя это позволять посетителям. Родители должны садиться на стулья.

Гигиенические требования к палатам:

- на одного больного предусматривается площадь не менее 6,5-7,5 м²;
- койки размещают так, чтобы можно было подойти к ребенку со всех сторон;
- хорошее естественное освещение (75-100 люкс);
- в качестве источников искусственного освещения предпочтение отдается лампам дневного света;
- уровень шума не должен превышать 50 дБ;
- температура помещения 20-22 °С;
- в каждой палате должна быть бактерицидная лампа для кварцевания;
- если рядом с палатой нет отдельного туалета, то необходимо наличие умывальника с холодной и горячей водой;
- наличие централизованной подачи кислорода к каждой койке, а также сигнализации на сестринский пост или коридор - звуковую (тихий зуммер) или световую (красная лампочка) для вызова персонала.

В палатах для новорожденных помимо кроваток размещают пеленальный стол, весы, детскую ванну, подводят кислород; горячую и холодную воду, обязательно устанавливают бактерицидную лампу.

Детей грудного возраста распределяют по палатам с учетом характеристики и тяжести состояния. Соблюдается последовательность заполнения палат. Новорожденных и недоношенных помещают отдельно. В одну палату можно помещать неинфицированных детей.

С больными новорожденными и недоношенными детьми помимо матери контактирует лишь медицинский персонал, строго соблюдается санитарный режим (сменная обувь, чистые халаты, маски и т.д.). В настоящее время (при отсутствии противопоказаний) практикуется совместное пребывание матери и ребенка.

Система боксов и отдельных секций позволяет предупредить распространение заболеваний при случайном заносе инфекции. Наиболее гигиеничным считается оснащение палат кроватями с проволочной сеткой и полужесткими матрацами. В каждой палате должна быть раковина для мытья рук, мыльница с мылом, дезинфицирующий раствор, в палате необходим бак с клеенчатым мешком для сбора грязного белья. В палатах должны быть индивидуальные прикроватные тумбочки, стол, стулья. Мягкая мебель нежелательна, так как она является накопителем пыли и создает трудности в проведении дезинфекции.

Определенной категории больных, например, с заболеванием позвоночника, суставов, при патологической подвижности внутренних органов (например блуждающая почка), сетку в кровати заменяют деревянным щитом, поверх которого кладут матрац.

Для тяжелобольных нужны специальные функциональные кровати, которые позволяют обеспечить требуемое положение (например, полусидячее и др.). Функциональная кровать состоит из рамы с панелями, двух спинок, двух боковых решеток, надкроватного столика и корзины. Панель кровати составлена из трех подвижных секций: головной, тазобедренной и ножной (рис. 6).

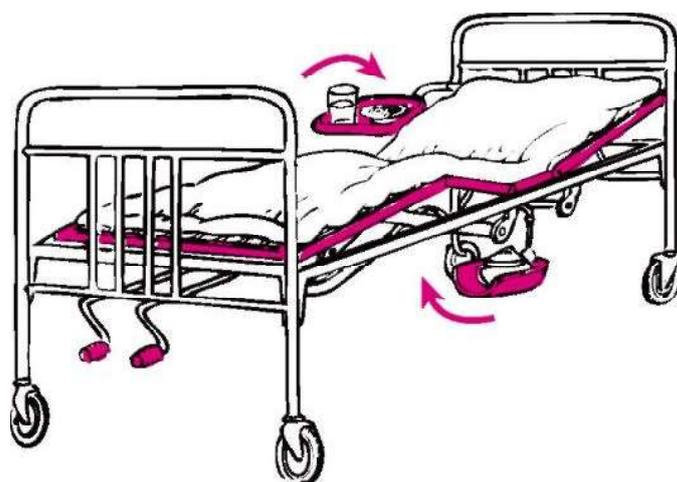


Рис. 6. Функциональная кровать.

Боковые решетки у функциональной кровати съемные и могут использоваться для обеспечения безопасности детей младшего возраста или как вспомогательные устройства, с помощью которых бинтами можно фиксировать руки и ноги больного при проведении длительных внутривенных вливаний и т.д. Надкроватный столик состоит из подноса и двух ножек и устанавливается непосредственно над кроватью перед лицом больного, если последний находится в полусидячем положении. Имеется корзина для горшка.

Возле каждой кровати ставят прикроватную тумбочку, куда кладут предметы личной гигиены ребенка, его белье, игрушки, книги. За состоянием тумбочек для предметов личного пользования следит медицинская сестра.

Смену постельного и нательного белья проводят в отделении, как уже упоминалось, раз в 7-10 дней после гигиенической ванны, но при необходимости белье меняют чаще. Дети старшего возраста, находящиеся в удовлетворительном состоянии, переодеваются самостоятельно, а больным младшего возраста помогают медицинские сестры или младшие медицинские сестры.

При смене нательного белья тяжелобольному, находящемуся на строгом постельном режиме, медицинская сестра захватывает края рубашки, снимает ее через голову и затем освобождает руки. Чистое белье надевают в обратном порядке. Если у больного повреждена рука, то сначала снимают рукав со здоровой руки, а затем с больной. Надевают рубашки сначала на больную, а затем на здоровую руку.

Обычно одновременно со сменой нательного белья меняют постельное белье. Если больной может сидеть, то медицинская сестра пересаживает его с кровати на стул и перестилает постель. Смену белья у лежачих больных проводят двумя способами:

- 1) грязную простыню скатывают валиком со стороны головы и ног, а затем удаляют. Чистую простыню, скатанную с двух сторон, как бинт, подводят под крестец больного и расправляют по длине кровати;
- 2) больного ребенка передвигают на край постели, затем скатывают грязную простыню по длине, на свободном месте расправляют чистую, на которую перекадывают больного, а на другой стороне снимают грязную и расправляют чистую.

Грязное белье - отдельно постельное и нательное - собирают в пластмассовые баки с крышками или клеенчатые мешки и выносят из палаты в специальную комнату. Сестра-хозяйка, надев сменный халат и клеенчатый фартук, сортирует белье и передает в центральную бельевую больницы, откуда его отправляют в прачечную. После смены белья пол и окружающие предметы в палате протирают ветошью, смоченной в 1% растворе гипохлорида кальция.

В отделении находится запас белья на сутки. Запрещается сушить белье на радиаторах центрального отопления и использовать его повторно.

Несвоевременная и неправильная смена белья, главным образом постельного, способствует возникновению пролежней - некроза мягких тканей (кожи с подкожной жировой клетчаткой).

Профилактика пролежней. Чаще пролежни возникают у ослабленных детей в области крестца, лопаток, большого вертела, локтей, пяток, где мягкие ткани сдавливаются между поверхностью постели и подлежащим костным выступом (рис. 7).

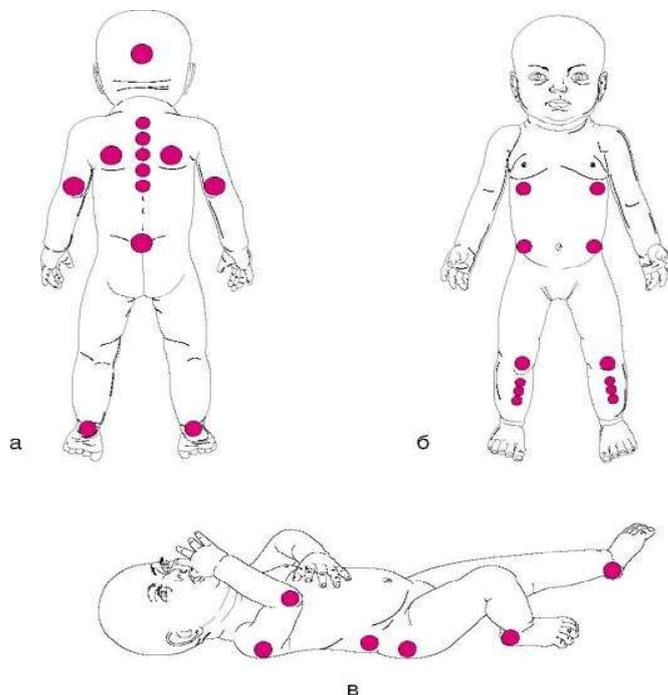


Рис. 7. Места образования пролежней при положении ребенка лежа на спине (а), на животе (б), на боку (в).

Профилактическими мероприятиями, направленными на предупреждение пролежней, являются: поворачивание больного ребенка на бок (если позволяет его состояние), ежедневное неоднократное стряхивание крошек, устранение складок на нательном и постельном белье, протирание кожи дезинфицирующими растворами. Тяжелобольным, длительное время находящимся в постели, следует подкладывать под наиболее уязвимые места резиновый (надувной) круг, обернутый пленкой, а также водяные подушки, поролоновые прокладки. В последнее время для профилактики пролежней, при обширных ожогах используются промышленного производства надувные матрасы или так называемые аэропады с гофрированной поверхностью и подачей воздуха через специальные отверстия (рис. 8).

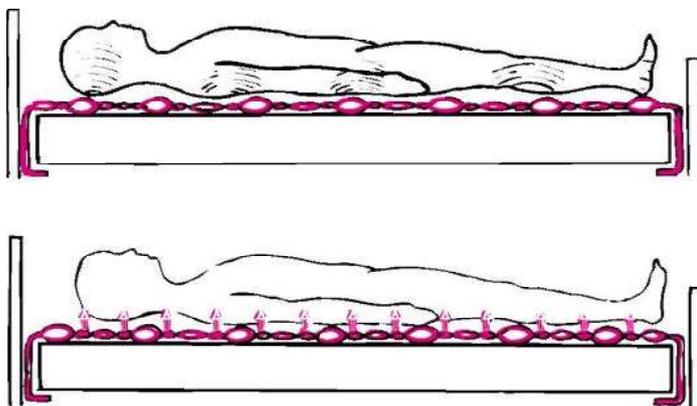


Рис. 8. Аэропад.

Боксы детского отделения. Основное назначение бокса - изоляция инфекционных больных, детей с подозрением на инфекционное заболевание, контактировавших с инфекционными больными. Выделяют открытые и закрытые (полубоксы). В открытых боксах больные разделены перегородками, установленными между кроватями. Изоляция в них несовершенна и не предохраняет от распространения капельных инфекций. Закрытые боксы - часть палаты с дверью, отделенная застекленной до потолка перегородкой. Каждый бокс должен иметь естественное освещение, туалет, необходимый набор предметов медицинского и бытового назначения для обслуживания детей. К недостаткам этого способа изоляции можно отнести выход боксов в общий коридор отделения.

Наиболее оправданна изоляция детей в закрытом индивидуальном, или мельцеровском боксе (предложен в 1906 г. петербургским инженером Э.Ф. Мельцером). Данная конструкция предусматривает устранение любого контакта больного с другими детьми на протяжении всего периода лечения (рис.9).

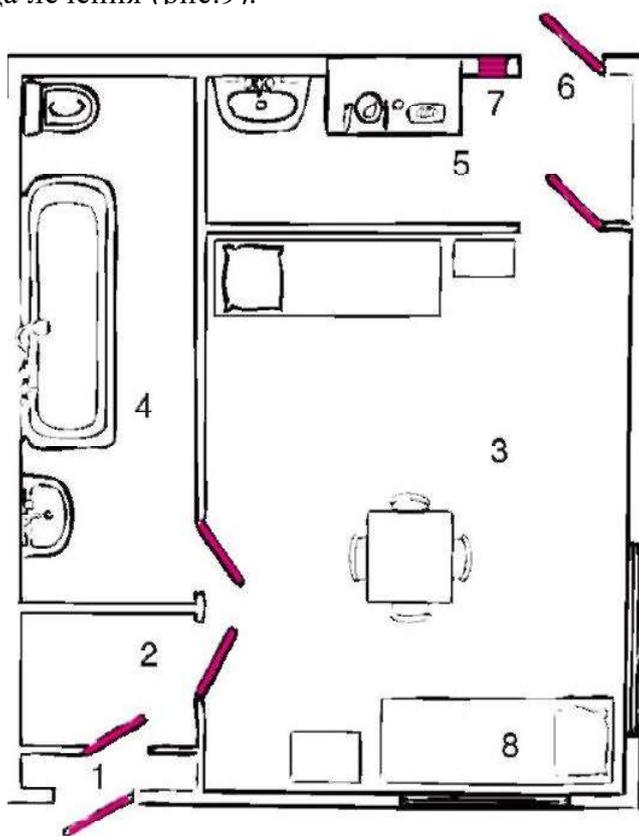


Рис. 9. План мельцеровского бокса.

Больной ребенок поступает в предназначенный для него бокс непосредственно с улицы, а при выписке тем же путем выходит из него. Новых больных помещают в мельцеровский бокс только после его тщательной влажной дезинфекции.

Каждый индивидуальный бокс обычно состоит из следующих помещений: предбоксы (передняя с тамбуром); палаты или смотрового кабинета (здесь ребенок остается на весь период изоляции); санитарного узла с горячей и холодной водой, раковиной, ванной и унитазом; шлюза для персонала.

Выход больных из бокса во внутренний коридор запрещен. Медицинский персонал входит в шлюз из внутреннего коридора, плотно закрывает наружную дверь, моет руки, при необходимости надевает второй халат, колпак или косынку, после этого переходит в помещение, где находится больной ребенок. При выходе из палаты все операции выполняются в обратном порядке. В целях предупреждения распространения инфекции необхо-

димо следить, чтобы в момент открывания двери из шлюза во внутренний коридор отделения дверь, ведущая в палату с больным ребенком, была плотно закрыта. Еда для больных передается через окно для подачи пищи.

В отделении находятся:

- кабинет заведующего отделением;
- ординаторская комната для работы врачей;
- кабинет старшей медицинской сестры;
- пост медицинской сестры рабочее место дежурной медсестры, расположенный в непосредственной близости к обслуживаемым палатам и оснащенный столом для работы;
- процедурная комната для внутримышечных, внутривенных инъекций, закапывания глаз и других медицинских процедур, где в сейфе, холодильнике и медицинских шкафах хранятся лекарственные препараты и инструменты для манипуляций;
- кабинет физиопроцедур (ингаляции, УВЧ, электрофорез и др.);
- столовая для приема пищи больными с разделением на "чистую" и "грязную" половины (с застекленными между ними перегородками и окном для выдачи пищи);
- душевая и санузел (отдельно для персонала и больных).

В отделении должен быть телефон городской и местной связи; холодильники (для хранения лекарств и смесей для кормления); запирающиеся на ключ медицинские шкафы для хранения лекарственных препаратов, медицинских инструментов и документации.

Количество детей, обслуживаемых одной постовой медицинской сестрой, регламентировано приказом МЗ РФ и зависит от возраста больных и специфики отделения. В соматическом (не специализированном) отделении один пост медицинской сестры должен обслуживать 20 детей старше 3 лет, или 15 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, или 10 детей грудного возраста.

Важнейшим требованием в работе детских стационаров является четкое соблюдение санитарно-гигиенического режима.

Персонал в отделениях имеет сменную верхнюю одежду, халат. Весь персонал отделения раннего возраста работает в масках, которые на период санитарно-эпидемического режима необходимо сменять каждые 3 часа. Каждый цвет маски должен соответствовать определенному времени суток. Персонал и матери с начальными признаками заболевания (гноиники на коже, катаральные явления) в отделение не допускаются. Все палаты, боксы, процедурный кабинет не могут функционировать без наличия бактерицидных ламп, мощность которых должна исходить из расчета 1 Вт на 1 м³ объема палаты.

Воздушный режим отделения: температура воздуха +20-22 °С, влажность 60-70%. Обязательны регулярные проветривания палат согласно графику.

Ходячие больные ежедневно умываются, чистят зубы, раз в неделю принимают гигиенические ванны. Медсестра ведёт график проведения гигиенических ванн. Ванное помещение подготавливают, температура воздуха в ванной комнате должна быть +25 °С, чистят ванну, наливают воду, температура воды составляет +37 °С. Для каждого пациента готовится индивидуальное полотенце, мыло, белье. Больного укладывают в ванну так, чтобы 2/3 тела было закрыто водой, область сердца должна быть открыта.

Режим для детей определяет врач в зависимости от тяжести состояния ребенка. **Выделяют следующие режимы:**

Строгий постельный. Ребёнок постоянно лежит в кровати с приподнятой верхней половиной тела (полусидя), что легче обеспечить на функциональной кровати. Движения больного максимально ограничены. Кормление, умывание, физиологические отправления совершаются в постели с использованием судна (мочеприёмника) и с помощью персонала. Все исследования и процедуры также проводятся в палате. Школьные занятия для детей старшего возраста запрещены.

Постельный режим предусматривает свободное положение в постели, предпочтительно с приподнятой верхней половиной тела и ограничением подвижности. Разрешается сидеть в постели. Принятие пищи, умывание проводятся ребёнком более старшего возраста самостоятельно, но в постели. Отправление физиологических потребностей проводится с использованием горшка возле кровати. Назначенные исследования проводятся либо в палате, либо в соответствующем кабинете при условии транспортировки больного на каталке. Для школьников разрешается выполнение устных заданий.

При длительном постельном режиме возможно развитие пролежней, поэтому должен быть тщательный уход за кожей. Ежедневно кожу протирают раствором спирта с теплой водой или одеколоном, или камфорным спиртом. Постель должна быть удобной, мягкой, ее необходимо часто перестилать, устраняя складки, удалять крошки с простыни. Купание больного в ванне возможно только с разрешения врача. При тяжелом состоянии ребенка тело обтирают теплой водой в постели. Одежда должна быть легкой, не сдавливать грудную клетку.

Полупостельный режим. Физическая нагрузка постепенно увеличивается, но пребывание в постели рекомендуется в течение большей части дня. Больному разрешается ходить до туалета, где он сам совершает утренний туалет и все физиологические отправления. Пищу принимает самостоятельно за столом в палате. Разрешаются прогулки с ограничением движений. Школьные занятия проходят в палате за столом. На процедуры больной ходит самостоятельно.

Общий, свободный, больничный режим. Ребёнок находится в постели только во время сна (дневного или ночного), питается в столовой, пользуется туалетом. Разрешены прогулки, просмотр телепередач. Проводятся групповые школьные занятия в учебной комнате. На исследования ребёнок ходит самостоятельно.

Вопросы для самоподготовки

1. Структура и оснащение детского стационара.
2. Санитарно-гигиенический режим отделения.
3. Виды и характеристика режимов в детском соматическом стационаре.
4. Правила хранения и смены белья.
5. Туалет больного ребенка.
6. Техника проведения гигиенической ванны больных детей.

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ:

1. ПАЛАТЫ ЛЕЧЕБНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РАССЧИТАНЫ НА
 - 1) 3-4 койки
 - 2) 1-2 койки
 - 3) 4-6 коек
 - 4) 4-5 коек
2. ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ЛЕЧЕБНОМ ОТДЕЛЕНИИ БОЛЬНИЦЫ ДОЛЖНА БЫТЬ
 - 1) 16-18 градусов
 - 2) 20-22 градуса
 - 3) 24-26 градусов
 - 4) 22-24 градуса
3. ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
 - 1) поворачивание больного ребенка на бок (если позволяет его состояние)
 - 2) ежедневное неоднократное стряхивание крошек
 - 3) устранение складок на нательном и постельном белье
 - 4) все вышеперечисленное

4. СМЕНУ ПОСТЕЛЬНОГО И НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПРОВОДЯТ В ОТДЕЛЕНИИ ПРОВОДЯТ НЕ РЕЖЕ ОДНОГО РАЗА В
- 1) 2 недели
 - 2) пять дней
 - 3) 7-10 дней
 - 4) месяц
5. МАМА РЕБЕНКА, ИМЕЮЩАЯ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
- 1) допускается в отделение в маске
 - 2) не допускается в отделение
 - 3) допускается в отделение на короткое время
 - 4) допускается в отделение без ограничений
6. ДЛЯ СБОРА ГРЯЗНОГО БЕЛЬЯ НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ
- 1) бака с клеенчатым мешком
 - 2) специальных пакетов для сбора грязного белья
 - 3) металлического бака
 - 4) пластикового ведра с крышкой
7. ПРИ СТРОГОМ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ БОЛЬНОЙ
- 1) постоянно находится в кровати
 - 2) принимает пищу в постели
 - 3) физиологическое отправления совершает в постели при помощи судна
 - 4) всё вышеперечисленное
8. ПОСТАНОВКА ВНУТРИМЫШЕЧНЫХ ИНЪЕКЦИЙ БОЛЬНОМУ ПРИ СВОБОДНОМ РЕЖИМЕ ПРОИЗВОДИТСЯ В
- 1) палате
 - 2) процедурном кабинете
 - 3) перевязочной
 - 4) гипсовальной
9. В СТАЦИОНАРЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОДЕЯЛО
- 1) пуховое
 - 2) байковое
 - 3) из холофайбера
 - 4) из синтепона
10. РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ СОСЕДНИМИ КРОВАТЯМИ В ОТДЕЛЕНИИ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ _____ МЕТРОВ
- 1) 1,5
 - 2) 2,5
 - 3) 3
 - 4) 3,5

Эталоны ответов: 1-3, 2-2, 3-4, 4-3, 5-2, 6-1, 7-4, 8-2, 9-2, 10-1.

3.3. Функциональные обязанности младшего медицинского персонала

Изучив данную тему, студенты должны **знать:**

- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального поведения медицинских работников, права пациентов и медицинских работников;
- организацию работы младшего медицинского персонала.

Студенты должны **уметь:**

- проводить санитарную обработку больного, смену нательного и постельного белья больного;

- осуществлять уход за больными детьми различного возраста, страдающими заболеваниями различных органов и систем, транспортировку;
- проводить кормление больных детей и подростков;
- осуществлять дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными;
- следить за соблюдением режимов.

Студенты должны **владеть:**

- принципами врачебной этики и деонтологии в работе с детьми и их родителями (законными представителями), коллегами;
- навыками ухода за больными детьми и подростками с учетом их возраста, характера и тяжести заболевания;
- навыками профилактики пролежней;
- навыками проведения текущей и заключительной дезинфекции;
- навыками проведения влажной уборки в отделении.

Краткое изложение теоретического материала

В больницах существует двухступенчатая (врач, медицинская сестра) и трехступенчатая (врач, медицинская сестра, младший медицинский персонал) система обслуживания больных. При двухступенчатой системе медицинская сестра не только выполняет назначения врача и проводит процедуры, но и обеспечивает уход за больными. При трехступенчатой системе младший медицинский персонал проводит уборку помещений, следит за своевременной сменой белья, чистотой предметов ухода, помогает больным и ухаживает за ними.

В обязанности младшего медицинского персонала входят:

- влажная уборка палат, кабинетов, операционных, коридоров, мест общего пользования;
- смена нательного и постельного белья;
- проведение санитарной обработки больных;
- уход за кожей, ежедневный туалет, уход за волосами, ушными раковинами, глазами, полостью рта больных и т. д.
- подача судна, мочеприемника, их дезинфекция;
- профилактика пролежней;
- пеленание и подмывание детей;
- контроль над санитарным состоянием прикроватных тумбочек;
- транспортировка больных.

Вопросы для самоподготовки.

1. Функциональные обязанности младшего медицинского персонала.
2. Виды системы обслуживания больных.

3.4. Техника влажной уборки помещения. Правила текущей и заключительной дезинфекции

Изучив данную тему, студент должен **знать:**

- принципы влажной уборки помещения;
- основные растворы, применяемые для дезинфекции в стационаре;
- правила проведения дезинфекции;
- технику приготовления дезинфицирующих растворов.

Студенты должны **уметь:**

- приготовить дезинфицирующие растворы;
- провести влажную уборку палат;
- провести текущую дезинфекцию в очаге инфекции;
- провести обработку медицинского инструментария после использования.

Студенты должны **владеть:**

- проведением влажной уборки помещения;
- техникой приготовления дезинфицирующих растворов.

Краткое изложение теоретического материала.

Санитарно-противоэпидемический режим в педиатрическом отделении включает мероприятия по выполнению санитарно-гигиенических требований и проведению дезинфекционных мероприятий. Санитарно-гигиенические нормы предусматривают выделение каждому ребёнку кровати, застеленной чистым бельём, прикроватной тумбочки для хранения личных вещей. При необходимости ребёнку выдаётся горшок, подкладное судно, предметы индивидуального ухода (поильник, кружка), одежда. В отделение больной берёт с собой предметы личной гигиены.

На индивидуальные столики или тумбочки, находящиеся рядом с койками, ставят стакан. В тумбочках хранят принадлежности туалета (зубная щётка, паста, мыло, расчёска) и некоторые личные вещи (бумага, карандаши, ручки, книги, игрушки). Категорически запрещается хранить в тумбочках продукты питания.

Каждому больному с разрешением врача не реже 1 раза в 7-10 дней (по необходимости чаще) проводится гигиеническая ванна с полной сменой нательного и постельного белья. Ежедневно осуществляется туалет ребёнка. Перед приёмом пищи больные дети моют руки. Для тяжёлых и лежачих больных умывание организуют у постели.

Проветривать палаты следует не реже 4 раз в день, лучше в период, когда дети находятся в столовой. При проветривании помещения в другое время и при кварцевании палат детей выводят в коридор или игровую комнату

Дезинфекция - система мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей болезней и создание условий, препятствующих их распространению в окружающей среде.

Виды дезинфекции: профилактическая и очаговая, проводимая в эпидемическом очаге.

Профилактическая дезинфекция проводится независимо от наличия инфекционного заболевания, с целью предотвращения накопления и распространения возбудителей заболевания, а стало быть, для предупреждения возникновения заболевания. Ее способы:

- проветривание палат - 4 раза в день (по графику);
- кварцевание палат (ультрафиолетовое облучение палат с помощью кварцевых ламп) - 2 раза в день по 15 минут (по графику);
- встряхивание на свежем воздухе или обработка пылесосом мягких вещей (матрацы, одеяла, портьеры и т.д.);
- протирание - не менее 2 раз в день (в инфекционных отделениях - 4 раза в день) пола, окон, мебели, игрушек специально приготовленными дезинфекционными растворами;
- кипячение питьевой воды;
- соблюдение правил личной гигиены как медперсоналом, так и пациентами стационара.

Очаговая дезинфекция - комплекс мероприятий, которые проводят при появлении (наличии) инфекции в детском учреждении, отделении стационара, семье, общей квартире и т.д.

Очаговая дезинфекция подразделяется на текущую и заключительную.

Текущая дезинфекция - комплекс мероприятий, направленных на уменьшение инфицирования всего помещения в очаге инфекции с применением химических методов (использование жидких дезинфицирующих растворов), а также физических (кипячение) и механических (стирка, удаление пыли и грязи влажной тряпкой).

Текущая дезинфекция включает в себя:

- ежедневную влажную уборку помещений, а также обработку мебели и оборудования палаты с применением рабочих дезинфицирующих растворов с последующим обеззараживанием уборочного инвентаря;
- генеральную уборку, предусматривающую мытье стен и оборудования помещения, где

находится больной, 0,5%-ным щелочным раствором с последующим нанесением дезинфектанта (в концентрации и с экспозицией, предусмотренными инструкцией), мытьем водой, проветриванием и кварцеванием в течение 2 часов;

- проветривание помещения, которое проводится не менее 4 раз в сутки, а также ультрафиолетовое облучение (кварцевание) не менее 2 раз в день по 15 минут, проводимые по графику.

Профилактическую и текущую дезинфекцию в эпидемическом очаге проводят младшие медицинские сестры и медицинские сестры. Для проведения заключительной дезинфекции в эпидемическом очаге приглашаются сотрудники СЭС и дезинфекционных станций.

Инвентарь для проведения дезинфекционных мероприятий (ведра, швабры, ветошь и др.) маркируется и используется только в тех помещениях, для которых предназначен. Хранится инвентарь в специальной, предназначенной для данной цели комнате.

Дезинфекция игрушек осуществляется замачиванием в маркированном эмалированном тазу (баке) с рабочим дезинфицирующим раствором согласно инструкции с последующим тщательным мытьем и прополаскиванием в проточной воде. В связи с этим мягкие игрушки использоваться в стационаре не должны.

Дезинфекция белья. Нательное и постельное белье больного сначала складывают в промаркированные баки с педальным устройством или ведра с крышками, с вложенными в них клеенчатыми мешками, которые находятся в санитарных комнатах с вытяжной вентиляцией. Затем белье доставляется в прачечную, где оно подвергается замачиванию в специально предназначенных дезинфекционных растворах на 30-120 мин. (экспозиция зависит от вида используемого препарата, характера инфекции, степени загрязненности белья) с последующей стиркой и кипячением. При невозможности проведения такого рода обработки (например, для верхней одежды) проводится обеззараживание в дезинфекционной камере.

Горшки и судна сначала ополаскивают горячей водой в санитарной комнате, затем погружают в специально отведенные для этой цели промаркированные емкости с рабочим дезинфицирующим раствором (концентрация и время экспозиции - согласно инструкции для применяемого дезинфицирующего препарата с учетом характера инфекции) с последующим ополаскиванием.

Шпатели замачивают в рабочем дезинфицирующем растворе на 60 мин., после чего металлические шпатели тщательно промывают, прополаскивают в проточной, затем в дистиллированной воде и направляют в центральное стерилизационное отделение. Деревянные шпатели складывают в емкости для мусора и отправляют на сжигание. Обеззараживание стеклянных наконечников пипеток проводят аналогично обработке металлических шпателей.

Медицинские термометры после использования замачиваются в соответствующем рабочем растворе (для изделий медицинского назначения) на 60 мин, после чего прополаскиваются проточной водой, насухо вытираются и хранятся в сухой промаркированной емкости "чистые термометры".

Резиновые и пластмассовые изделия (газоотводные трубки, катетеры, резиновые баллоны, наконечники для клизм, желудочные зонды и т.д.) после использования сразу погружают в рабочий дезинфицирующий раствор (для изделий медицинского назначения) на 1 час, затем тщательно моют в моющем растворе (смесь пергидроля, моющего средства и питьевой воды). Полоскание их осуществляют в проточной воде, просушивают, упаковывают в 2-слойную бязь и помещают в сухожаровой шкаф (при давлении 1,1 атм., температура 120 °С на 45 мин.). Эти изделия хранят в сухом виде в промаркированных емкостях с крышкой.

Под *заключительной дезинфекцией* подразумевают полное удаление возбудителей заболевания из очага инфекционного заболевания в течение 6 часов (в сельской местности - не позже чем через 12 часов) после выздоровления, перевода в другой стационар или

лечебное учреждение или смерти инфекционного больного. Заключительная дезинфекция проводится по аналогии с генеральной уборкой. Предметы обихода, нательное и постельное белье подвергаются дезинфекции по правилам, разработанным для текущей дезинфекции. Матрасы, одеяла, подушки сдаются в дезинфекционную камеру.

Дезинфицирующие средства

Достаточное по объему использование дезинфекционно-стерилизующих препаратов и антисептиков на всех необходимых этапах оказания медицинской помощи позволяет сократить применение в лечебных учреждениях различных медикаментозных препаратов на 30-50%, особенно это касается антибиотиков. На сегодняшний день существует более 400 дезинфекционных химических средств, разрешенных к применению МЗ РФ. Их использование в практической деятельности определяется:

- эффективностью (гарантированной защитой от инфекций);
- экологической безопасностью (легкостью удаления остатков дезинфекционных средств с обрабатываемого изделия, совместимостью с материалами, отсутствием раздражающего запаха, степенью аллергенности);
- удобством использования (простота приготовления рабочих растворов и утилизации отработанных средств; отсутствие необходимости в активации; продолжительность срока годности рабочих растворов);
- экономическими преимуществами.

Чаще других в последнее время в России отдается предпочтение готовым жидким концентратам дезинфицирующих средств, упакованным в герметичные полиэтиленовые емкости, со сроком хранения не менее года (при температуре не более 25 °С).

По предназначению современные дезинфекционные средства делят на препараты, направленные на дезинфекцию:

- поверхностей помещений (пол, стены, жесткая мебель, приборы, оборудование);
- предметов ухода (подкладные клеенки, грелки и т.д.);
- санитарно-технического оборудования (раковин, унитазов, ванн и т.д.);
- уборочного инвентаря;
- посуды;
- белья;
- изделий медицинского назначения (в том числе дезинфекцию, совмещенную с предстерилизационной очисткой), включая хирургические, стоматологические инструменты, эндоскопы из металла, стекла, резины.

Примерами современных дезинфекционных средств могут служить "Жавель клейд", ди-хлор, Аламинол, Дезактив-М, Миксамин, Гигасепт Инстру АФ и др.

"Жавель клейд", ди-хлор и другие хлорсодержащие таблетки - дезинфицирующие препараты на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты, обладающие бактерицидной, туберкулоцидной, спорацидной, вирулицидной (парентеральный гепатит, ВИЧ-инфекция и др.) и фунгицидной активностью. Максимально активны в слабокислых растворах. На 10 л воды необходима 1 таблетка. Препараты не требуют особых условий хранения и используются для дезинфекции, в том числе изделий медицинского назначения.

Аламинол, виркон, гигасепт, лизетол, Ника-полицид, бианол - новые средства без запаха хлора в виде концентратов. Для дезинфекции используют 0,5-2% водные растворы препаратов.

Дезактив-М, Миксамин - дезинфицирующие средства на базе смеси четвертичных аммониевых солей. Дезинфицирующее средство с моющим эффектом. Дезактив-М выпускается в упаковках по 1 л, Миксамин - в виде концентратов (концентрация рабочих растворов средства при обработке поверхностей - от 0,05%). Предназначены для профилактической дезинфекции, включая отделения неонатологии и инфекционные очаги, для об-

работки кузезов, поверхностей медицинских аппаратов и приборов, предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения, предметов ухода за больными, посуды столовой и лабораторной, игрушек, обуви, рабочих поверхностей, санитарного транспорта, дезинфекции систем мусороудаления, медицинских отходов, предварительной предстерилизационной или окончательной очистки эндоскопов ручным способом и т.д.

Гигасепт Инстру АФ (Лизетол АФ), концентрат 1:50. Используется как дезинфицирующее средство и для предстерилизационной очистки, не вызывает коррозии и порчи инструментария, в том числе гибких эндоскопов. Готовый раствор можно использовать многократно; срок хранения - 3 года, готовый раствор хранится 7 дней.

Антисептики "Октидерм", "Октениман", "Октенисепт" предназначены для обработки рук хирургов и операционного поля. Характеризуется быстрой дезинфекцией с эффектом до 6 ч, способствует заживлению ран, не раздражают кожу. Препараты активны в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, туберкулёза, грибов, вирусов, гепатита В, С, D, а также ВИЧ. Срок хранения - 5 лет.

Правила работы с дезинфицирующими средствами.

К работе с дезинфекционными средствами не допускаются лица с повышенной чувствительностью к химическим веществам и страдающие аллергическими заболеваниями.

Работа с дезинфекционными средствами осуществляется с обязательной защитой кожи рук резиновыми перчатками. После работы с дезинфекционными средствами руки хорошо моются с мылом.

Обработка поверхностей проводится в отсутствие пациентов, после чего помещение проветривается в течение 30 минут.

Хранение концентратов и рабочих растворов дезинфицирующих средств должно происходить отдельно от лекарственных препаратов, в закрытых емкостях в специально отведенных местах, недоступных детям.

Смену постельного белья, полотенца проводят по мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю. Все белье маркируют. Постельное белье, кроме наволочек, маркируют у ножного края. На каждого ребенка необходимо иметь три комплекта белья, включая полотенца для лица и ног, и две смены наматрасников. Чистое белье доставляют в мешках и хранят в шкафах.

Белье после употребления складывают в специальный бак, ведро с крышкой, клеенчатый, пластиковый или из двойной материи мешок. Грязное белье доставляют в постирочную (или в специальное помещение). Матерчатые мешки сдают в стирку, клеенчатые и пластиковые - обрабатывают горячим мыльным или содовым раствором.

Постельные принадлежности: матрацы, подушки, спальные мешки следует проветривать непосредственно в спальнях при открытых окнах во время каждой генеральной уборки, периодически выносить на воздух. Один раз в год постельные принадлежности подвергаются химической чистке или обработке в дезинфекционной камере.

Мочалки для мытья детей (число мочалок соответствует количеству детей) после пользования замачивают в дезинфицирующем растворе в течение 15 минут, промывают проточной водой, просушивают и хранят в чистых матерчатых мешках.

Вопросы для самоподготовки.

1. Назовите основные элементы противоэпидемического режима.
2. Как проводится генеральная уборка помещений в стационаре?
3. Как осуществляются основные способы дезинфекции?
4. Какой инвентарь необходимо иметь для проведения влажной уборки помещения?
5. Как проводится текущая и заключительная дезинфекция?
6. Какие дезинфицирующие растворы используют чаще всего в детских учреждениях?

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ.

1. ПРЕДМЕТ, ЗАПРЕЩЕННЫЙ К ХРАНЕНИЮ В ПРИКРОВАТНОЙ ТУМБОЧКЕ

- 1) мыло
- 2) расчёска
- 3) фруктовый сок в тетрапаке
- 4) журнал для рисования
- 5) школьный учебник

2. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ВАННЫ В СТАЦИОНАРЕ БЕЗ ОСОБЫХ ПОКАЗАНИЙ ПРОВОДЯТСЯ С ЧАСТОТОЙ

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в неделю
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в 3 недели
- 5) заменить

3. ПРОВЕТРИВАНИЕ ПАЛАТ В СТАЦИОНАРЕ ПРОВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ

- 1) 1 раз в день
- 2) 2 раза в день
- 3) 4 раза в день
- 4) произвольной
- 5) в зависимости от времени года

4. КВАРЦЕВАНИЕ ПАЛАТ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С ЧАСТОТОЙ

- 1) 1 раз в день
- 2) 2 раза в день
- 3) 4 раза в день
- 4) произвольной
- 5) каждый час

5. ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В СТАЦИОНАРЕ ПРОВОДЯТ

- 1) при наличии инфекционного больного
- 2) после изоляции инфекционного больного
- 3) независимо от наличия инфекционного заболевания
- 4) по распоряжению администрации больницы
- 5) по распоряжению СЭС

6. ОЧАГОВУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В СТАЦИОНАРЕ ПРОВОДЯТ

- 1) при наличии инфекционного больного в любом стационаре
- 2) только в инфекционном стационаре
- 3) независимо от наличия инфекционного заболевания
- 4) по распоряжению администрации больницы
- 5) по распоряжению СЭС

7. МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМОМЕТРЫ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛЕДУЕТ

- 1) хранить в соответствующем рабочем растворе в промаркированной ёмкости
- 2) прополоскать проточной водой, насухо вытереть, хранить в сухой промаркированной ёмкости
- 3) протереть спиртовой салфеткой, хранить в сухой промаркированной ёмкости
- 4) протереть сухой салфеткой, хранить в сухой промаркированной ёмкости
- 5) замочить в соответствующем рабочем растворе на 60 мин., прополоскать проточной водой, насухо вытереть, хранить в сухой промаркированной ёмкости

8. СМЕНУ ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПАЦИЕНТУ СТАЦИОНАРА БЕЗ ОСОБЫХ ПОКАЗАНИЙ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С ЧАСТОТОЙ
- 1) 2 раза в неделю
 - 2) 1 раз в неделю
 - 3) 1 раз в 2 недели
 - 4) 1 раз в 3 недели
 - 5) после выписки
9. ГЕНЕРАЛЬНАЯ УБОРКА ПОМЕЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ МЫТЬЁ
- 1) пола с помощью моющего средства
 - 2) стен, оборудования, пола с помощью моющего средства
 - 3) пола, смену нательного и постельного белья
 - 4) стен, оборудования, пола с помощью моющего средства, нанесение дезинфектанта
 - 5) стен и оборудования помещения моющим щелочным раствором, нанесение дезинфектанта, мытьё водой, проветривание и кварцевание в течение 2 часов
10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В ОЧАГЕ ПРОВОДИТ
- 1) младшая медицинская сестра
 - 2) медицинская сестра
 - 3) младшая медицинская сестра и медицинская сестра
 - 4) сотрудники СЭС
 - 5) любой работник стационара

Эталоны ответов: 1-3, 2-1, 3-3, 4-2, 5-3, 6-1, 7-5, 8-2, 9-5, 10-4

3.5. Питание больных детей

Изучив данную тему, студенты должны **знать:**

- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального поведения медицинских работников, права пациентов и медицинских работников;
- правила питания больных в стационаре;
- особенности питания при различных заболеваниях;
- правила кормления тяжелобольных детей;
- правила обработки посуды.

Студенты должны **уметь:**

- накормить ребенка раннего возраста в стационаре;
- наблюдать за приемом пищи детей старшего возраста;
- накормить тяжелобольного ребенка;
- вымыть и обработать посуду;
- проверить передачу для больного ребенка.

Студенты должны **владеть:**

- принципами врачебной этики и деонтологии в работе с детьми и их родителями (законными представителями), коллегами;
- навыками кормления детей раннего возраста;
- навыками кормления тяжелобольного ребенка;
- навыками обработки посуды.

Краткое изложение теоретического материала

Во время болезни дети нуждаются в лечебном питании - диетотерапии. Диета представляет собой рацион питания человека, предусматривающий определенные количествен-

ные и качественные соотношения пищевых веществ и продуктов, способы кулинарной обработки, а также интервалы в приеме пищи.

В организации питания детей в больнице используются два основных принципа - индивидуальный и групповой. Индивидуальную диету назначает врач, при этом пищу готовят специально для конкретного ребенка.

Пищеблок. В детских больницах пищу готовят централизованно на пищеблоке, откуда для завтрака, обеда, полдника и ужина ее получают буфетчицы в строго определенные часы. Для транспортировки и хранения пищи используют термосы, чистую посуду с крышками, обязательно маркированную ("Для первых блюд", "Для вторых блюд", "Гарнир", "Молоко" и т.д.); посуду помещают на специальные передвижные столики-тележки.

Со стороны медицинских работников требуется контроль за соблюдением правил кулинарной обработки продуктов, проведение мероприятий по профилактике пищевых отравлений. Контроль за санитарным состоянием пищеблока заключается в ежедневной проверке качества уборки кухни и всех подсобных помещений, соблюдения правил мытья посуды, использования соответствующих моющих средств, своевременной смены специальной (для работы на кухне) одежды персоналом пищеблока. Проводится ежедневный осмотр работников пищеблока на наличие гнойничковых заболеваний кожи.

Работникам пищеблока запрещается застегивать санитарную одежду булавками, иголками, хранить в карманах посторонние предметы (деньги, ключи, сигареты), носить бусы, броши, кольца, клипсы и др.

Буфет-раздаточная. В каждом отделении имеется буфет-раздаточная, а в отделениях для детей старшего возраста - и столовая.

В буфете пищу, доставленную из пищеблока, при необходимости подогревают, делят на порции и раздают. Раздача должна быть закончена не позднее 2 ч после изготовления пищи, включая и время ее доставки.

Раздают пищу буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздачу пищи проводят в специальных халатах.

Технический персонал, занятый уборкой палат и других помещений, к раздаче пищи не допускается.

Буфетчицы обязаны соблюдать правила личной гигиены. Перед посещением туалета халат снимают, после посещения туалета руки обрабатывают в течение 2 мин. раствором "Дезоксан-1" или 0,2% раствором хлорамина.

Контролирует порядок и соблюдение правил работы буфета-раздаточной старшая медицинская сестра отделения.

Помещения буфетных должны быть обеспечены:

- холодной и горячей проточной водой;
- электрокипятильниками непрерывного действия;
- комбайнами для мойки посуды и двухсекционными моечными ваннами для грязной и чистой посуды;
- сетками для ополаскивания и сушки посуды;
- электроплитой для подогрева пищи;
- шкафами для хранения столовой посуды и приборов, продуктов (хлеб, соль, сахар);
- столом с гигиеническим покрытием для раздачи пищи;
- комплектом посуды из расчета: одна глубокая, мелкая и десертная тарелки, вилка, ложки, столовая и чайная, кружка на одного больного (в детских отделениях - с запасом);
- баком для замачивания или кипячения посуды;
- сухожаровым шкафом для сушки посуды;
- моющими и дезинфицирующими средствами;
- уборочным инвентарем (ведра, ветошь, щетки и т.д.) с маркировкой "Для буфетной".

Дети старшего возраста, которым разрешается ходить, принимают пищу в столовой за столом, сервированным на 4 человека. За стол обычно сажают детей одного возраста, получающих одинаковые диеты. Стулья должны быть пластиковые или с легко моющейся обивкой. На окнах в летнее время должны быть установлены сетки от комаров и мух, так как они являются переносчиками многих инфекционных заболеваний.

Раздача пищи проводится в определенное время: завтрак - с 9.00 до 9.30; обед - с 13.00 до 13.30; полдник - с 16.00 до 16.30; ужин - с 18.30 до 19.00. Температура горячих блюд не должна превышать 60 °С, а холодных - 10 °С. Разовая порция должна соответствовать возрасту ребенка.

Перед приемом пищи заканчивают все лечебные процедуры. Дети должны посетить туалет и вымыть руки с мылом. Медицинская сестра участвует в кормлении детей в столовой: следит за правильной сервировкой стола, внешним видом блюд. Необходимо, чтобы вид пищи пробуждал аппетит. Детям старше 3 лет разрешается пользоваться столовыми приборами. Во время еды медицинский персонал должен наблюдать, чтобы дети ели опрятно, не торопились, не мешали друг другу. Если ребенок не ест, то следует выяснить причину отказа от пищи, убедить его в необходимости приема пищи, проследить, чтобы ребенок в первую очередь съел более полноценную белковую часть блюда; насильственное кормление не допускается. В столовой надо соблюдать тишину и порядок.

Медицинская сестра строго контролирует, чтобы те дети, которые по каким-либо причинам опоздали к обеду, могли поесть. Для них необходимо сохранять еду, подогревать ее перед подачей на стол.

После каждой раздачи пищи буфетчица или медицинская сестра проводят тщательную уборку помещений буфета и столовой с применением дезинфицирующих средств.

Уборочный материал (тряпки, ветошь) после мытья полов заливают 1% раствором хлорамина (или 0,5% осветленным раствором хлорной извести) на 60 мин. в ведре для уборки, затем прополаскивают в проточной воде и сушат. Следят, чтобы инвентарь использовался строго по назначению.

Мойка посуды, хранение пищи. Строгое соблюдение санитарно-гигиенических требований к условиям хранения пищевых продуктов и готовых блюд играет решающую роль в профилактике пищевых отравлений. В буфете можно хранить хлеб в специальных мешках (не более суток), сахар, чай.

Ввиду особых технологических требований к приготовлению лечебного питания (измельчение, протираание) диетические блюда являются особо благоприятной средой для развития патогенных микроорганизмов. В связи с этим следует контролировать время реализации готовых блюд.

Категорически запрещается сохранять в буфете остатки пищи, а также смешивать их со свежими блюдами и использовать для питания детей продукты, оставшиеся от предыдущего приема пищи.

В буфете хранят столовую посуду. После каждого кормления детей ее подвергают обеззараживанию. Мытье посуды проводят с учетом назначения и степени загрязнения. Сначала моют кружки и чайные ложки, а затем тарелки. Сушат и дезинфицируют посуду в сухожаровом шкафу при температуре 130 °С в течение 30 мин. В помещении буфета-раздаточной на видном месте вывешивают инструкцию по технике мытья и дезинфекции посуды.

Мочалки (ветошь) для мытья посуды по окончании мойки замачивают в 1% растворе хлорамина или в 0,5% осветленном растворе хлорной извести на 60 мин. или кипятят в течение 15 мин., затем сушат и хранят в специально отведенных местах.

Чистая посуда содержится в специально выделенном шкафу. Медицинский персонал питается в отдельном помещении и не может пользоваться посудой, предназначенной для больных детей.

Отходы пищи собирают в специальные маркированные баки с крышками. Из отделения они должны быть вывезены в тот же день.

Кормление тяжелобольных детей.

Перед приемом пищи следует закончить все лечебные процедуры и физиологические отправления больных, убрать и проветрить палату, вымыть руки ребенку. Если больной может сидеть, то он самостоятельно ест за прикроватным столиком. Если ребенок не может сидеть, следует придать ему положение полусидя, приподняв подголовник или положив под спину подушки. Шею и грудь покрывают пеленкой или фартуком.левой рукой младшая медсестра немного приподнимает голову больного, а правой подносит ему ложку с едой или специальный поильник (рис.10).

Вливать пищу насильно, если больной не глотает, нельзя (возможность аспирации). После каждого приема пищи больному надо предложить прополоскать рот кипяченой водой. При невозможности полоскания - обработать слизистые рта с помощью салфетки, обильно смоченной раствором фурацилина (1:5000) или 2% раствором гидрокарбоната натрия. Губы смачивают вазелиновым или любым растительным маслом.



а



б

Рис. 10. Кормление тяжелобольного: а - из ложки; б - из поильника.

Передачи больным. Питание детей в больнице рассчитано на обеспечение потребностей в основных пищевых ингредиентах, однако дети нуждаются дополнительно в получении витаминов. Для этого в больницах организуется прием передач от родителей и родственников. Обычно это фрукты и сладости. Передачи оказывают также важное психологическое воздействие. Выдача передач производится после основного приема пищи 2 раза в день; днем в 11 ч и в полдник. Предварительно вымытые овощи, фрукты и ягоды, а также другие продукты раздают на тарелках каждому ребенку индивидуально.

Вопросы для самоподготовки.

1. Значение рационального питания в лечении ребенка.
2. Требования, предъявляемые к столовой и буфетной-раздаточной.
3. Правила обработки посуды, столов, уборочного инвентаря (ведра, щетки, тряпки).
4. Правила кормления детей, находящихся на постельном режиме.
5. Оценка правильности питания больного ребенка.

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ

1. ТЕМПЕРАТУРА ГОРЯЧИХ БЛЮД ДОЛЖНА БЫТЬ _____ ГРАДУСОВ

- 1) 70
- 2) 60
- 3) 75
- 4) 80

2. ТЕМПЕРАТУРА ХОЛОДНЫХ БЛЮД ДОЛЖНА БЫТЬ

- 1) 10
- 2) 20
- 3) 15
- 4) 25

3. БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ КОРМЯТ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) сидячем
- 2) лежащем
- 3) на боку
- 4) полусидя

4. ЧИСТАЯ ПОСУДА ХРАНИТЬСЯ В

- 1) специально отведенном шкафу
- 2) на сушилке для посуды
- 3) на специальном столе
- 4) в специально выделенном баке

5. ЗАВТРАК В ОТДЕЛЕНИИ ПРЕДУСМОТРЕН

- 1) с 8:00-8:30
- 2) с 7:00-7:30
- 3) с 9:00-9:30
- 4) с 9:30-10:00

6. ОСТАТКИ ПИЩИ В БУФЕТЕ МОЖНО ХРАНИТЬ

- 1) в течение 1 часа после приема пищи
- 2) в течение 2 часов после приема пищи
- 3) в течение 6 часов после приема пищи
- 4) запрещается хранение остатков пищи

7. ВЫДАЧА ПЕРЕДАЧ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) после основного приема пищи
- 2) до приема пищи
- 3) в любое время
- 4) передачи в стационар для больных запрещены

8. ОТХОДЫ ПИЩИ СОБИРАЮТ В

- 1) клеенчатые мешки
- 2) мусорные пакеты
- 3) специальные маркированные баки с крышками
- 4) пластиковые ведра

9. ХЛЕБ В БУФЕТЕ ХРАНИТЬСЯ НЕ БОЛЕЕ

- 1) 12 часов
- 2) 1 суток
- 3) 2 суток
- 4) 3 суток

10. ПЕРВОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ ОТКАЗЕ РЕБЕНКА ОТ ЕДЫ

- 1) сообщить лечащему врачу
- 2) убедить его принять пищу
- 3) выяснить причину отказа от пищи
- 4) не предпринимать никаких действий до следующего приема пищи

Эталоны ответов: 1-2, 2-1, 3- 4, 4-1, 5-3, 6-4, 7-1, 8-3, 9-2, 10-3.

4. УХОД ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

4.1. Уход за лихорадящим ребёнком и с заболеваниями кожи

Изучив данную тему, студенты должны **знать**:

- особенности терморегуляции у новорождённых и детей грудного возраста;
- понятие о лихорадке;
- виды лихорадки;
- принципы ухода за лихорадящими больными;
- диагностику поражений кожи при нарушении ухода;
- основные правила ухода за детьми с потницей, пиодермией.

Студенты должны **уметь**:

- провести термометрию;
- оказывать первую доврачебную помощь детям с лихорадкой;
- приготовить лечебную ванну при некоторых заболеваниях кожи.

Студенты должны **владеть**:

- техникой термометрии.

Краткое изложение теоретического материала

Человек имеет постоянную температуру тела с незначительными колебаниями в течение суток и не зависящую от температуры окружающей среды. У детей первого года (особенно первых месяцев) жизни отмечается термолабильность, которая объясняется незрелостью процессов терморегуляции и особенностями сосудистых реакций как на холодовые воздействия, так и на повышение температуры окружающей среды. В реальной жизни это проявляется склонностью как к перегреваниям, так и переохлаждениям.

Сразу после рождения подмышечная температура ребёнка равна 37,2 °С. Через 2 часа в ответ на новую, низкую для новорождённого температуру окружающей среды она снижается, что называется транзиторной гипотермией новорождённого. Именно этим объясняются такие особенности ухода за ребёнком в родильном зале, как: пеленание малыша в подогретую стерильную пелёнку; осмотр и обработка новорождённого на подогретом пеленальном столе; пребывание недоношенных детей в кувезах, где поддерживается определённая температура, влажность воздуха и оксигенация воздуха.

Основными особенностями процесса терморегуляции у новорождённых являются:

1. Более высокая теплоотдача по отношению к теплопродукции, чем у взрослых;
2. Ограниченная способность увеличивать теплоотдачу при перегревании, а также повышать теплопродукцию при охлаждении (в частности, у них отсутствует "сократительный термогенез");
3. Неспособность давать типичную лихорадящую реакцию, т.е. перестроить тепловой гомеостаз так, как это отмечается при лихорадке у взрослых). Особенно снижена возможность повышать теплопродукцию у глубоконедоношенных детей. На 3-5 день жизни может развиваться транзиторная гипертермия новорождённого (38-39°), что может быть связано либо с перегреванием ("неправильная" одежда или пеленание ребёнка при температуре в палате выше 24 °С), либо с недостаточным количеством жидкости, которое получает ребёнок. В последующем нормальная температура тела в течение дня - 36-37 °С.

Только к 2-м месяцам жизни вырабатывается стабильный суточный ритм температуры тела, что является признаком созревания гипоталамического центра терморегуляции: утром температура тела самая низкая, вечером - самая высокая. Разница между утренней и вечерней температурами с возрастом изменяется: у новорождённого - 0,3 °С, в 2 мес. - 0,6 °С, с 6 мес. - 1 °С.

Термометрия - одна из обязанностей медицинской сестры.

Техника измерения температуры. Приборы для измерения температуры подразделя-

ются на контактные и бесконтактные. Главное место в медицинской практике занимает контактная термометрия, основное достоинство которой - надёжность в передаче тепла от объекта измерительному прибору. Бесконтактная термометрия основана на восприятии специальными датчиками инфракрасного излучения с поверхности тела. Она используется в основном для скрининг-тестирования и диагностики локального воспаления. Принцип действия медицинского ртутного термометра основан на тепловом расширении жидкостей. Диапазон измерения температуры - от 34 до 42 °С. Ртутный термометр используется для измерения температуры в подмышечной впадине, паховой складке, прямой кишке, ротовой полости. Правила измерения температуры тела медицинским ртутным термометром в стационаре:

- термометр встряхнуть, чтобы столбик ртути опустился ниже отметки 35 °С;
- соответствующую область тела протереть насухо;
- термометр установить так, чтобы резервуар с ртутью плотно соприкасался с телом; у детей младшего возраста термометр поддерживать, чтобы он не смещался;
- длительность процедуры не менее 5-10 мин.;
- термометрию проводить ежедневно натошак в одно и то же время (6.00 - 8.00 и 16.00 - 18.00);
- процедуру проводить в покое, не ранее чем через 30 - 40 мин после пробуждения;
- измерение осуществлять в одном и том же месте, на одной и той же стороне тела.

Детям старше 1 года термометр ставят в подмышечную впадину, а у детей грудного возраста - в паховой складке.

Ректальная термометрия используется для дифференциальной диагностики в ургентной медицине. Температура в прямой кишке на 1 °С выше кожной. Техника ректального измерения температуры:

- опорожнить прямую кишку;
- смазать термометр вазелином;
- ввести термометр в прямую кишку на глубину до 2 см;
- удерживать термометр пальцами руки в течение 1-2 мин.

Техника орального измерения температуры:

- индикаторную часть термометра с точками поместить под язык, расположив его в тепловых мешочках, находящихся справа и слева в глубине под языком;
- закрыть рот;
- ждать не менее 1 мин.

С помощью **термополоски** или **термотеста** - контактного жидкокристаллического термометра - определяют не точную температуру, а сам факт её повышения (более 37 °С):

- пластинку-термополоску приложить на область лба не менее чем на 15 с;
- если высветится буква N - температура тела нормальная;
- если обе буквы N и F - температура тела повышена.

Следует помнить, что при ярком освещении и повышенной влажности термополоски дают неверный результат.

Лихорадка - защитно-приспособительная реакция организма на действие патогенных раздражителей.

Гипертермия - повышение температуры тела. Её причинами могут быть многочисленные заболевания инфекционной этиологии, воспалительные реакции неинфекционного генеза, различные повреждения нервной системы, кровоизлияния, реакции на всасывание продуктов распада повреждённых тканей и т.д., а также нарушение ухода за ребёнком (чрезмерное пеленание, перегревание ребёнка). Незначительное повышение температуры может быть обусловлено и психоэмоциональным возбуждением.

По высоте повышения температуры выделяют: субфебрильную (37.1- 37.9 °С), уме-

ренную фебрильную (38.0-38.9 °С), высокую фебрильную (39.0-40.5° С), гиперпиретическую (свыше 40.5 °С) лихорадки.

По характеру температурной кривой в течение суток различают (рис. 11):

- постоянную лихорадку - суточные колебания высокой температуры находятся в пределах 1 °С;
- послабляющую лихорадку - суточные колебания температуры больше 1° С при минимальной температуре тела ниже 38 °С;
- перемежающуюся лихорадку - кратковременные циклы гипертермии (до высоких цифр), чередующиеся с периодами нормальной температуры в течение 1-3 дней;
- возвратную лихорадку - несколько дней высокой температуры, сменяющиеся несколькими днями нормальной температуры;
- волнообразную лихорадку - постепенное повышение температуры до высоких цифр сменяется на постепенное снижение до субфебрильных или даже нормальных цифр;
- атипичную (неправильную) лихорадку, когда отсутствуют закономерные изменения температуры.

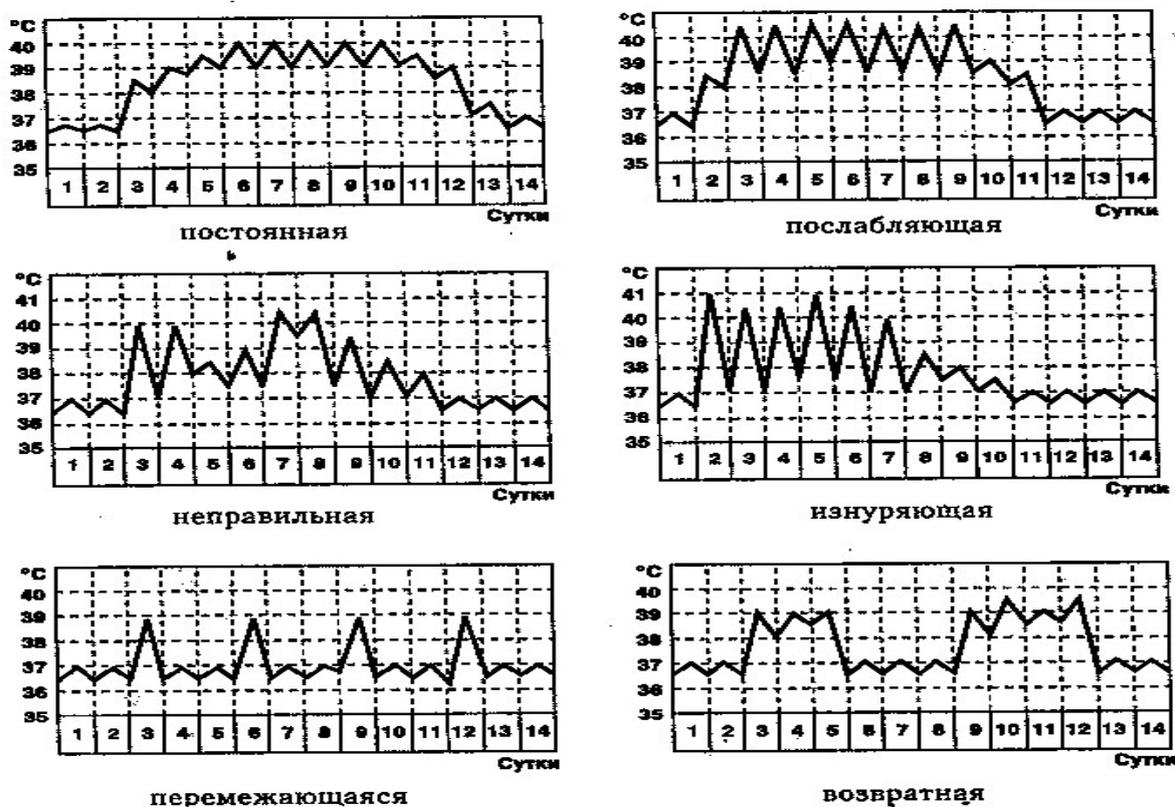


Рис. 11. Виды температурных кривых

Тактика медицинской сестры при уходе за лихорадящим больным, в первую очередь, определяется периодом в ходе лихорадки и её типом.

У детей различают "белую" и "розовую" лихорадку. Ведущим патогенетическим звеном "белой" лихорадки является чрезмерный выброс гормонов надпочечников - катехоламинов, что приводит к появлению клинических признаков централизации кровообращения: бледность, мраморность кожи, холодные на ощупь конечности, тахикардия, повышение систолического артериального давления, увеличение разницы между подмышечной и ректальной температурой (до 1° и выше). При "розовой" лихорадке кожные покровы розовые, влажные, горячие на ощупь. Отсутствие потливости у ребёнка с розовыми кожными покровами и лихорадкой должно настораживать в плане подозрения на выраженное обезвоживание.

Период повышения температуры может продолжаться от нескольких часов до нескольких недель. Этот период характеризуется выраженной интоксикацией, клиническими признаками которой являются: жар, головная боль, сухость во рту, резкая слабость, ломота во всём теле, возможны бред, галлюцинации, судороги. О повышении температуры тела у ребёнка необходимо немедленно сообщить врачу. Ребёнка нельзя оставлять одного. Следует предоставить:

- обильное питьё в виде фруктовых соков, морсов, минеральной воды. На каждый градус повышенной температуры требуется дополнительное введение 10 мл жидкости на 1 кг массы тела. Например, ребёнку 8 месяцев с массой тела 8 кг при температуре тела 38 °С дополнительно надо дать 160 мл жидкости;
- легкоусвояемую диету в жидком (полужидком) виде, небольшими, но частыми порциями (5-6 раз в сутки);
- в этот период необходимым является контроль пульса, артериального давления и всех физиологических отправлений ребёнка (особенно диуреза); частое измерение температуры - через 40-45 мин после приёма жаропонижающих средств (когда оно должно подействовать), впоследствии через каждые 2-3 часа;
- при появлении трещин на губах следует смазывать их вазелиновым маслом или другим жиром.

Так как теплоотдача в этот период ещё недостаточна, необходимо постараться её повысить. Лечебная тактика зависит от патогенеза гипертермии.

При "розовой гипертермии", когда сосуды расширены и кожа, горячая на ощупь, имеет красный цвет, необходимо:

- раскрыть больного, направить на него вентилятор (исключить сквозняки и переохлаждение);
- положить на голову (лоб), в места прохождения магистральных сосудов (паховые, подмышечной области) пузыри (или флаконы) со льдом или холодной водой, обернутые пелёнкой;
- обтереть кожу теплой водой;
- вводить лекарства по назначению врача с частым контролем температуры; при неэффективности мероприятий - повторный вызов врача.

При "бледной гипертермии", когда сосуды спазмированы, кожа холодная на ощупь, имеет бледный, цианотичный цвет, необходимо:

- согреть конечности грелкой, укрыть тёплым одеялом;
- вводить лекарства по назначению врача с частым контролем температуры; при неэффективности мероприятий - повторный вызов врача.

Период снижения температуры (теплоотдача выше теплопродукции) бывает двух видов:

- критический - резкое, быстрое снижение температуры (например, с 41° до 36.5 °С). Клинически проявляется в повышенном потоотделении, выраженной слабости; холодных на ощупь конечностях; низком артериальном давлении, нитевидном пульсе. Лечебная тактика медицинской сестры при критическом снижении температуры: укрыть ребёнка, дать крепкий тёплый чай, вызвать врача. В связи с обильным потоотделением - смена нательного (при необходимости и постельного) белья; резкое, быстрое снижение температуры опасно для ребёнка, так как может сопровождаться снижением тонуса сосудов, падением артериального давления.

- литический - температура снижается постепенно, что проявляется появлением небольшой испарины на коже и слабостью, сонливостью ребёнка. Как правило, в таких случаях специальной медицинской помощи не требуется.

Особенности ухода за кожей новорождённого ребёнка и детей первых лет жизни обусловлены морфологическими и функциональными особенностями, в основном предусмат-

ривающими: тонкость кожи; недостаточность выработки меланина, функции сальных и потовых желёз; незрелость местного иммунитета на фоне хорошего кровоснабжения. Эти особенности проявляются:

- в лёгкой механической ранимости кожи, её инфицировании и быстром попадании инфекции в кровяное русло;
- в плохой устойчивости в отношении физических воздействий (например, УФО);
- в плохой устойчивости к химическим веществам (высокая резорбтивная способность кожи, в том числе и по отношению к лекарственным препаратам, наносимым на поверхность кожи; негативная реакция к щелочным свойствам мыла);
- в незрелости терморегуляции.

Причиной частого аллергического поражения кожи могут являться различные аллергены: пищевые, бытовые, лекарственные, пыльца цветущих растений.

Проявления аллергического поражения кожи у детей возможны с первых месяцев жизни и могут клинически проявляться в виде:

- "молочного струпа" - гиперемизированной, мелкой папулёзной (узелковой) или микровезикулярной (мелкие пузырьки) сыпи, чаще на щеках, с чёткой границей, пузырьки в дальнейшем лопаются, подсыхают с образованием корок и шелушения;
- "гнейса" (себорея) - жирных желтоватых чешуйках на голове, лбу, надбровных дугах;
- эритемы - покраснения кожи и опрелости.

В старшем возрасте аллергические поражения кожи могут проявляться в виде экземы, нередко сопровождающейся мокнутием кожи, зудом, вторичным инфицированием, в дальнейшем - лихенификации кожи (её уплотнение, сухость, сниженная эластичность, чрезмерное усиление кожного рисунка).

Уход за кожей при экземе. Экзема - наиболее распространенное у детей заболевание кожи аллергического генеза. Проявляется покраснением и отеком кожи, чаще всего, лица, большим количеством микровезикул (маленькие пузырьки), мокнутием с последующим образованием корок и шелушением. Нередко поражаются волосистая часть головы, ушные раковины, шея. При уходе за ребенком с экземой особое внимание обращают на питание ребенка и матери. Из питания исключаются продукты, которые могут вызвать заболевание (все выявленные аллергены), сладости и соленья. Аллергенами наиболее часто являются коровье молоко, куриные яйца, рыба, злаки, мясо, некоторые фрукты. Для выявления аллергенов имеет значение контроль за реакцией организма на пищу. С этой целью ведется пищевой дневник, в котором регистрируют все съеденные ребенком и кормящей матерью продукты, время кормления, характер кожных высыпаний и т.д. У детей, находящихся на смешанном или искусственном вскармливании, начальные признаки сенсибилизации (повышенной чувствительности) к различным продуктам могут возникнуть в первые недели и месяцы. Продукты, противопоказанные ребенку, должны быть отмечены в сестринском листе и перечислены в истории болезни. Рекомендуются тщательное соблюдение режима дня, длительное пребывание на воздухе (летом при отсутствии фотодерматоза рекомендуется принимать солнечные ванны), достаточный и глубокий сон.

Лечение экземы определяется только врачом. При мокнущей экземе в виде местного лечения назначают примочки - раствор лекарственного средства в дистиллированной воде. Марлевые салфетки из 4-5 слоев марли, смоченной в назначенном лекарственном растворе, накладывают на пораженный участок кожи. Салфетки меняют каждые 15-20 мин. Такая процедура обеспечивает уменьшение воспаления и мокнутия. По исчезновении острых воспалительных явлений переходят к применению болтушек-суспензий, в которых содержится тальк или цинк. Перед употреблением болтушку взбалтывают и при помощи ватного тампона наносят на пораженный участок, частично захватывая здоровые ткани тела. Хороший эффект дает применение эмульсий, паст и мазей. Все эти формы использу-

ются в период стихания воспалительных явлений и при отсутствии мокнутия. Мази, содержащие гормоны, детям первого года жизни назначаются под строгим врачебно-сестринским контролем. Дети часто страдают от зуда. Чтобы предохранить кожу от расчесов, ребенку надевают варежки, зашивают рукава, а в некоторых случаях накладывают шинки из картона на область локтевого сгиба, которые укрепляют бинтами, чтобы ребенок не мог сгибать руки в локтевых суставах.

При экземе по назначению врача проводятся также лечебные ванны, которые могут быть общими или местными. Ванны назначают через день или реже. От гигиенических эти ванны отличаются тем, что в воду добавляют специальные лекарственные средства (крахмал, настой трав и др.). Наиболее распространенные ванны - крахмальные, содовые, с настоем из травы череды или ромашки.

Крахмальная ванна смягчает кожу и успокаивает зуд. Чтобы приготовить такую ванну, 100 г картофельной муки разводят в холодной воде и добавляют в воду, приготовленную для ванны.

Содовая ванна (1 столовая ложка пищевой соды на ведро воды) оказывает такое же действие.

Ванна с настоем из травы череды - распространенное средство для профилактики и лечения кожных заболеваний. Для годовалого ребенка в ванну рекомендуется добавлять стакан настоя череды. Настой готовят из расчета одна столовая ложка травы на стакан кипятка (настаивать 10 мин).

Ванна с настоем ромашки используется для снятия воспалительных явлений. Принцип приготовления такой ванны такой же, как и ванны с настоем из травы череды.

Уход за кожей при потнице. Потница - распространенное поражение кожи у новорожденных и детей грудного возраста, развивающееся вследствие раздражения выводных протоков потовых желез. Воспалительный процесс возникает обычно при не соблюдении гигиенических требований по уходу за кожей. Для предупреждения потницы следует использовать рациональную одежду с учетом температуры окружающей среды. Температура помещения, где находится ребенок, не должна превышать 22 °С.

При наличии потницы полезно делать "марганцевые" ванны. Такие ванны оказывают дезинфицирующее и подсушивающее действие. Их применяют не только при потницах, но и при различных гнойничковых поражениях кожи и опрелостях. В ванну подливают 5% раствор перманганата калия до появления розовой окраски, время приема ванны 5-7 мин. Потница может осложниться, особенно у детей первого года жизни, развитием пиодермии.

Уход при гнойничковых поражениях кожи (пиодермии).

Гнойничковые заболевания кожи относятся к группе наиболее часто встречающихся дерматозов у детей, особенно в раннем возрасте. Возбудителями пиодермии являются стафилококки и стрептококки. У детей преобладают стрептококковые пиодермии (стрептодермии), за исключением периода новорожденности, когда встречаются в основном стафилококковые пиодермии (стафилодермии).

Входными воротами для инфекции у новорожденного являются область пупка, а также любые, даже очень незначительные повреждения кожи, легко и незаметно возникающие при выполнении гигиенических процедур (обмывание, пеленание), кормлении и т.д. Появлению пиодермии способствуют загрязнения кожного покрова при нерациональном гигиеническом уходе.

Для стрептодермии характерна поверхностная локализация гнойничков, склонность их к периферическому росту. Гнойнички обычно расположены в области волосяных фолликулов, сальных и потовых желез.

Местное лечение при гнойничковых поражениях кожи определяется врачом и зависит от характера (стрептодермия, стафилодермия) заболевания, глубины и распространенности поражения.

Гнойничковые элементы, эрозии обрабатывают 1% раствором анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, метиловый фиолетовый, генциановый фиолетовый) или дезинфицирующими мазями. После отпадения гнойных корок на пораженные места наносят мази с антибиотиками.

Здоровые участки вокруг пораженной кожи обрабатывают 2% салицилово-борным или камфорным спиртом, для чего в спирте смачивают ватный или марлевый тампон, накрученный на пинцет или деревянную палочку.

В медицинской практике очень часто используют повязки с мазью Вишневского, особенно при наличии воспалительного инфильтрата. Для этого стерильную салфетку, состоящую из 5-6 слоев марли, с помощью деревянной или стеклянной палочки смазывают мазью Вишневского и накладывают салфетку на пораженный участок кожи, сверху покрывают ватой. Ватный слой должен на 2-3 см быть шире и длиннее марлевого, поверх ваты иногда накладывают компрессную бумагу, всю повязку укрепляют с помощью бинта.

При абсцессах после вскрытия необходимо применять повязки с гипертоническими растворами. Стерильные марлевые салфетки пропитывают гипертоническим раствором (8-10% раствор хлорида натрия или 25% раствор сульфата магния и др.) и накладывают на пораженный участок кожи, сверху покрывают слоем гигроскопической ваты и фиксируют бинтом.

Новорожденных и детей первого года жизни с гнойными заболеваниями кожи (пиодермия, абсцесс) следует изолировать, выделить для их обслуживания отдельный персонал. Необходима постоянная профилактика стафилодермий у новорожденных. Так, палаты, в которых находятся новорожденные, надо систематически обрабатывать ртутно-кварцевой лампой (ультрафиолетовое облучение), тщательно обрабатывать дезинфицирующими растворами.

При опрелостях рекомендуются свободное пеленание, своевременная смена пеленок. Не следует применять пеленки из искусственных материалов, клеенку. Если опрелости проявляются только в виде покраснения кожи, то следует пораженные участки присыпать порошком, содержащим оксид цинка, тальк, или смазывать простерилизованным маслом: подсолнечным, персиковым, миндальным, или детским кремом. Не следует применять вазелиновое масло, вызывающее иногда раздражением кожи.

Кожу туловища и конечностей обрабатывают смоченными маслом руками, а область заднего прохода протирают ватой. Присыпку нельзя наносить толстым слоем. У девочек при использовании присыпок необходимо прикрывать половые органы, так как попадание порошка под половую щель может вызвать воспалительный процесс. Не разрешается одновременное использование мази (или крема) и присыпки, так как при этом образуются комочки, которые скапливаясь в складках кожи, вызывают раздражение, мокнутие, ссадины. Можно применять кремы, выпускаемые промышленностью ("Детский", "Спермацетовый", "Ланолиновый" и др.). Хороший эффект при лечении опрелостей дает ультрафиолетовое облучение пораженных участков с последующей аэрацией.

Вопросы для самоподготовки.

1. Особенности терморегуляции у детей первого года жизни.
2. Методы и техника термометрии.
3. Частота проведения термометрии в стационаре.
4. Виды лихорадок.
5. Методы снижения температуры.
6. Правила обработки и хранения термометров.
7. Морфологические и функциональные особенности кожи детей грудного возраста.
8. Заболевания кожи у детей при нарушении ухода.
9. Контроль за питанием детей, страдающих аллергическими заболеваниями кожи.

10. Уход за кожей ребенка при дерматите.
11. Техника приготовления лечебной ванны при заболеваниях кожи.
12. Правила ухода за кожей при потнице, опрелостях.

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ.

1. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРМОМЕТРИИ В ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЕ РТУТНЫМ ТЕРМОМЕТРОМ СОСТАВЛЯЕТ
 - 1) 1 мин.
 - 2) 2 мин.
 - 3) 3 мин.
 - 4) 10 мин.
 - 5) 30 мин.
2. ПЕРЕД ТЕРМОМЕТРИЕЙ РТУТНЫМ ТЕРМОМЕТРОМ ЕГО СЛЕДУЕТ ВСТРЯХНУТЬ ТАК, ЧТОБЫ СТОЛОБИК РТУТИ ОПУСТИЛСЯ ДО МЕТКИ
 - 1) 37 °С
 - 2) 36,5 °С
 - 3) 36 °С
 - 4) ниже 35 °С
3. ДЕТАМ СТАРШЕ 1 ГОДА БЕЗ ОСОБЫХ ПОКАЗАНИЙ ТЕРМОМЕТРИЮ ЧАЩЕ ПРОВОДЯТ
 - 1) в подмышечной впадине
 - 2) в паховой складке
 - 3) в прямой кишке
 - 4) в ротовой полости
 - 5) под углом нижней челюсти
4. ДЕТАМ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА БЕЗ ОСОБЫХ ПОКАЗАНИЙ ТЕРМОМЕТРИЮ ЧАЩЕ ПРОВОДЯТ
 - 1) в подмышечной впадине
 - 2) в паховой складке
 - 3) в прямой кишке
 - 4) в ротовой полости
 - 5) под углом нижней челюсти
5. ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ "РОЗОВОЙ ГИПЕРТЕРМИИ" ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
 - 1) согревании конечностей больного
 - 2) укрывании тёплым одеялом
 - 3) охлаждении тела больного
 - 4) введение больному жаропонижающих медикаментов
 - 5) подаче больному горячего крепкого чая с сахаром
6. ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ "БЛЕДНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ" ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
 - 1) согревании больного
 - 2) охлаждении тела больного
 - 3) обнажении тела больного
 - 4) введение больному жаропонижающих медикаментов
 - 5) подаче больному охлаждённого питья
7. ПОТНИЦА - ЭТО
 - 1) аллергическое воспаление кожи
 - 2) жирные желтоватые чешуйки на голове

- 3) гнойничковое поражение кожи
 - 4) раздражение выводных протоков потовых желез
 - 5) покраснение кожи в складках, на ягодицах
8. ОПРЕЛОСТИ - ЭТО
- 1) аллергическое воспаление кожи
 - 2) жирные желтоватые чешуйки на голове
 - 3) гнойничковое поражение кожи
 - 4) раздражение выводных протоков потовых желез
 - 5) покраснение кожи в складках, на ягодицах
9. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПОТНИЦЫ, ОПРЕЛОСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
- 1) нарушении ухода
 - 2) аллергии
 - 3) детском инфекционном заболевании
 - 4) нарушении функции кишечника
 - 5) нарушении питания
10. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОПРЕЛОСТИ РЕБЁНКА ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СЛЕДУЕТ КУПАТЬ
- 1) ежедневно
 - 2) через день
 - 3) 2 раза в неделю
 - 4) 1 раз в неделю
 - 5) 1 раз в 10-14 дней

Эталоны ответов: 1-4, 2-4, 3-1, 4-1, 5-3, 6-1, 7-4, 8-5, 9-1, 10-1

4.2. Уход за больными детьми с заболеваниями дыхательной системы

Изучив данную тему, студенты должны **знать:**

- основные правила ухода за ребенком с поражением дыхательных путей;
- основные диагностические и лечебные манипуляции (подача кислорода, проведение ингаляций с помощью небулайзера, отсасывание слизи электроотсосом);
- правила оказания срочной доврачебной помощи при попадании инородного тела в дыхательные пути, одышке, асфиксии.

Студенты должны **уметь:**

- считать частоту дыхания у ребенка;
- ухаживать за ребенком с поражением органов дыхания;
- брать для исследования слизь из носоглотки, мокроту;
- закапывать капли в нос, в уши;
- оказывать срочную помощь при попадании инородного тела, при одышке, при крупе, остановке дыхания, кашле.

Студенты должны **владеть:**

- техникой ухода за ребёнком с поражением органов дыхания.

Краткое изложение теоретического материала

Заболевания органов дыхания занимают ведущее место, как в структуре заболеваемости, так и детской летальности. Основными жалобами при этом являются: насморк (с отделением серозных или слизисто-гнойных выделений), кашель (сухой, влажный), боль в горле, осиплость голоса, учащение и затруднение дыхания, с вовлечением в акт дыхания вспомогательной мускулатуры (прямых мышц живота, грудных мышц). Характерны также неспецифические проявления интоксикации: лихорадка, отказ от еды, расстройство сознания.

ния, одышка, повышение температуры тела, нарушение периферического кровообращения, изменения вегетативной регуляции органов и систем.

Госпитализация детей с поражением дыхательной системы должна осуществляться в отдельные палаты, с учётом их одномоментного заполнения, либо в изолированные боксы. Палаты (боксы) должны быть снабжены централизованной подачей кислорода.

При поступлении в больницу детей с заболеваниями органов дыхания их помещают в светлые и хорошо проветриваемые палаты. Температура воздуха 18-20 °С без резких колебаний. Проветривание палат 5-6 раз в зимний период, и чаще в летний период. Для облегчения дыхания детям приподнимают головной конец кровати или под спину ребенка подкладывают подушку. Детей грудного возраста чаще берут на руки и изменяют положение их в кровати. Старшим детям можно периодически разрешать сидеть. Ребенка, за исключением тяжелых случаев, следует купать регулярно, очищать нос, следить за состоянием полости рта. Для туалета носа используются ватные жгутики, смоченные вазелиновым маслом, которые вращательными движениями продвигают внутрь на глубину 1-2 см. Полость рта обрабатывают ватным тампоном, смоченным в 2% растворе соды.

Подсчет числа дыхательных движений производится в течение минуты. У новорожденных и маленьких детей стетоскоп держат около носа и считают число вдохов за минуту или 15 секунд. У старших детей подсчет дыхательных движений можно проводить, положив руку на грудную клетку или живот.

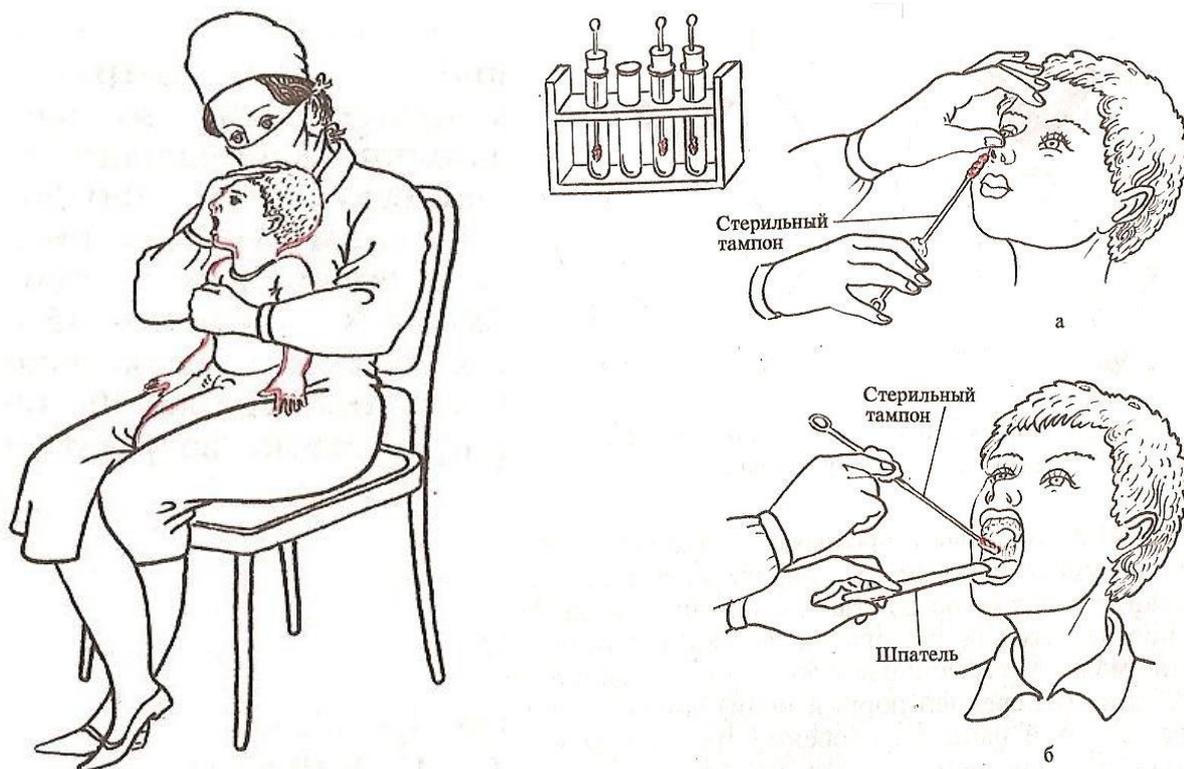


Рис. 12. Положение ребёнка при осмотре и обработке полости рта.

Взятие мазка со слизистой носовой полости и зева.

Взятие слизи из зева (рис. 12) производят натошак до приема медикаментов стерильным ватным тампоном, закрепленном на стержне. Ребенку открывают рот и, придерживая шпателем корень языка, вращательным движением берут слизь с поверхности миндалин и дужек. Мазок из носа делают из каждой ноздри отдельным тампоном. Материал помещают в стерильную пробирку и направляют в лабораторию. Взятие мокроты лучше проводить

во время кашля, непосредственно на питательную среду в чашки Петри. У маленьких детей мокроту собирают специальным тампоном и помещают в пробирку или баночку.

Закапывание капель в нос. Предварительно проводят туалет носа, затем, слегка запрокинув голову назад, поворачивают ее в ту сторону, в которую будет вводиться лекарство. Ладонью левой руки фиксируют голову, положив ладонь на лоб. Не касаясь носа пипеткой, закапывают несколько капель, чтобы лекарство попало на слизистую оболочку наружной стенки, через 1-2 минуты лекарство вводят в другую половину носа.

При попадании инородного тела в носовой ход и дыхательные пути необходимо быстро оказать помощь, т. к. малейшее промедление может привести к развитию удушья. Если инородное тело попало в нос, то одну ноздрю закрывают, а ребенка просят, сильно натужившись, высморкаться.

При попадании инородного тела в дыхательные пути укладывают ребенка животом на согнутое колено, низко опускают голову ребенка и легко постукивают рукой по спине.

Помощь при одышке - ребенку необходимо придать приподнятое положение в постели, освободить стесняющую одежду, обеспечить приток свежего воздуха. Можно провести оксигенотерапию, ингаляцию лекарств через небулайзер.

При кашле, который носит сухой характер, ребенку следует дать теплое питье (в стакан теплого молока на кончике ножа добавляют питьевую соду), делают ингаляции отхаркивающих трав. При влажном кашле для лучшего отхаркивания дают настой трав, минеральную воду. Рекомендуется постуральный дренаж (рис. 13). При большом скоплении мокроты дренаж проводят в положении лёжа, уложив ребёнка, свесив его туловище с кровати вниз с упором в пол сразу после сна в течение 10-15 мин.; вибрационный массаж осуществляют энергичным похлопыванием по спине ладонью или кончиками пальцев с последующим кашлем.

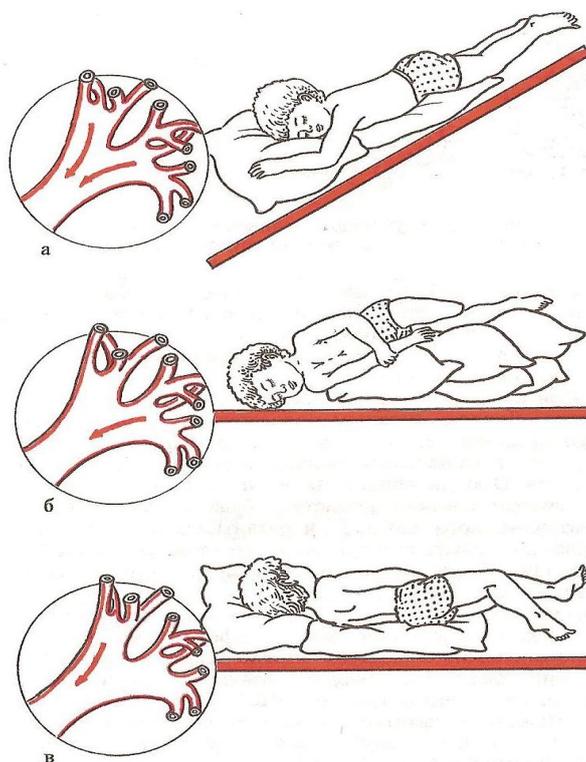


Рис. 13. Техника проведения постурального дренажа:
а - положение больного при очаге в нижней доле лёгкого;
б, в - положение больного при очаге в верхней доле лёгкого.

Ингаляции можно проводить через небулайзер. Небулайзер - это прибор, при помощи которого раствор лекарственного препарата подается в смеси с кислородом или воздухом через индивидуальную маску под давлением. При помощи небулайзера можно проводить ингаляции лекарственных средств, масел, настоев трав. Размельчение лекарственного средства осуществляется ультразвуковыми колебаниями, регулируется поток воздуха (2- 20 л/ мин), температура аэрозоля (33-38 °С). **Выбор лекарственного средства для ингаляций определяется врачом.**

Техника проведения ингаляции. Налаживают систему ингалятора. Больного ребенка завертывают в одеяло и держат на коленях, приставив к области рта и носа маску распылителя. Крик ребенка не является помехой для проведения процедуры, наоборот, во время крика ребенок глубже вдыхает аэрозоль. Продолжительность ингаляции 5-10 мин. Исползованные маски обрабатываются в дезрастворе.

Введение аэрозолей осуществляется также с помощью портативных ингаляторов, позволяющих вводить в дыхательные пути бронходилататоры типа "Атровент", "Беродуал", "Беротек" и др. Распылитель типа "Спинхалер" предназначен для вдыхания твердых лекарственных частиц, например, "Интал".

При отсутствии небулайзера используется спейсер. Спейсер - это определенной формы сосуд с дозированным ингалятором. Он удобен у детей раннего возраста, не способных сделать координированный вдох. При вдыхании лекарства через спейсер обеспечивается более глубокое проникновение препарата в бронхи.

Для лучшего отхождения мокроты применяют так называемый постуральный дренаж: больному создают вынужденное положение тела. Если воспалительный очаг находится в верхней доле легкого, то больного кладут на здоровый бок (рис. 8 б, в), в нижней доле - на живот с опущенным головным концом (рис. 8 а). Постуральный дренаж проводят 2-3 раза в день по 20-30 мин. Боли в грудной клетке во время глубокого вдоха могут указывать на пораженную плевру. Для их уменьшения ребенка кладут на больной бок, хорошо укрывают.

При крупе (стеноз гортани) необходимо создать спокойную обстановку, обеспечить приток свежего воздуха, дать теплое щелочное питье, провести отвлекающие местные процедуры (ножные ванны, горчичники), ингаляции теплого влажного воздуха. Срочно вызвать врача.

Вопросы для самоподготовки.

1. Техника подсчета частоты дыхания у детей.
2. Требования, предъявляемые к палате, где находится ребенок с заболеванием органов дыхания.
3. Забор слизи из глотки и носа, мокроты для бактериологического исследования.
4. Закапывание капель в нос ребенку.
5. Техника проведения ингаляций.
6. Срочные доврачебные мероприятия, необходимые при попадании инородного тела, при одышке, кашле.

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ:

1. ПРИ ОДЫШКЕ РЕБЕНКУ СЛЕДУЕТ ПРИДАТЬ ПОЛОЖЕНИЕ
 - 1) горизонтальное
 - 2) лёжа на левом боку
 - 3) лёжа на правом боку
 - 4) полусидя с приподнятым головным концом
 - 5) сидя с наклоном туловища вперед

2. ВЗЯТИЕ МАЗКА НА МИКРОФЛОРУ ИЗ ЗЕВА И НОСА ПРОВОДЯТ

- 1) после еды
- 2) натощак
- 3) после полоскания
- 4) после обработки медикаментами
- 5) после ингаляций

3. ПОДСЧЁТ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПРОВОДЯТ ЗА ____ МИНУТ

- 1) 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 30
- 5) 60

4. ПОДСЧЁТ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ПРОВОДЯТ ЗА ____ МИНУТ

- 1) 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 30
- 5) 60

5. ЗАКАПЫВАНИЕ КАПЕЛЬ В НОСОВЫЕ ХОДЫ ПРОВОДЯ ТАК, ЧТОБЫ ЛЕКАРСТВО ПОПАЛО НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

- 1) наружной стенки носа
- 2) внутренней стенки носа
- 3) и наружной, и внутренней стенки носа
- 4) зависит от болезни пациента
- 5) существенной разницы нет

6. ПОПЫТАТЬСЯ УДАЛИТЬ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ИЗ НОСОВОГО ХОДА ДО ПРИХОДА ВРАЧА МОЖНО

- 1) пинцетом
- 2) пальцами
- 3) любым подручным предметом
- 4) попросить больного сделать глубокий вдох, а затем выдох носом
- 5) одну ноздрю закрыть и попросить больного сильно натужившись, высморкаться

7. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МАСКИ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИЙ

- 1) моют в проточной воде
- 2) моют в кипячёной воде
- 3) моют в проточной воде с мыльным раствором
- 4) обрабатывают в дезрастворе
- 5) выбрасывают

8. ПОСТУРАЛЬНЫЙ ДРЕНАЖ - ЭТО ПРИДАНИЕ БОЛЬНОМУ ОПРЕДЕЛЁННОГО ПОЛОЖЕНИЯ ДЛЯ

- 1) борьбы с сухим кашлем
- 2) лечения одышки
- 3) отхождения мокроты
- 4) снижения температуры тела
- 5) всего выше перечисленного

9. ПОДСЧЁТ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПО

- 1) движению грудной клетки при дыхании
- 2) выслушиванию дыхательных шумов с помощью стетоскопа, держа его около носа пациента

- 3) выслушиванию дыхательных шумов над грудной клеткой
 - 4) вибрации крыльев носа
 - 5) с помощью специальной аппаратуры
10. ПОДСЧЁТ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПО
- 1) движению грудной клетки при дыхании
 - 2) выслушиванию дыхательных шумов с помощью стетоскопа, держа его около носа пациента
 - 3) выслушиванию дыхательных шумов над грудной клеткой
 - 4) вибрации крыльев носа
 - 5) с помощью специальной аппаратуры

Эталоны ответов: 1-4, 2-1, 3-3, 4-5, 5-1, 6-5, 7-4, 6-5, 7-4, 8-3, 9-1, 10-2

4.3. Уход за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и повышенной кровоточивостью

Изучив данную тему, студенты должны **знать:**

- режимы детей, страдающих заболеваниями сердца;
- принципы ухода за детьми с заболеваниями сердца и сосудов, находящимися на строгом постельном режиме;
- принципы питания детей с заболеваниями сердца;
- принципы оказания доврачебной помощи при остром нарушении кровообращения (коллапсе, обмороке);
- причины повышенной кровоточивости у детей;
- принципы оказания неотложной помощи при кровотечениях разной локализации.

Студенты должны **уметь:**

- ухаживать за детьми, находящимися на постельном режиме;
- контролировать питание детей с заболеваниями сердца;
- учитывать количество выпитой и выделенной за сутки жидкости;
- определять частоту пульса у детей разного возраста;
- оказать доврачебную помощь при обмороке, коллапсе;
- оказать неотложную доврачебную помощь при носовом кровотечении;
- оказать неотложную доврачебную помощь при гематомах и кровоизлияниях в суставы.

Студенты должны **владеть:**

- техникой ухода за больными, находящимися на постельном режиме;
- методикой учёта выпитой и выделенной жидкости;
- методикой оказания неотложной помощи при обмороке, коллапсе;
- техникой оказания неотложной помощи при носовом кровотечении;
- техникой оказания доврачебной помощи при гематомах, кровоизлияниях в суставы.

Краткое изложение теоретического материала.

Заболевания сердечно-сосудистой системы могут быть врождёнными (пороки развития сердца и сосудов) и приобретёнными в результате воспалительных и иммуннокомплексных поражений.

Наиболее характерной жалобой у грудных детей с заболеваниями органов кровообращения является быстрая утомляемость при кормлении. Ребёнок перестаёт сосать грудь, беспокоится, тяжело и часто дышит, становится вялым, бледным или цианотичным (синим). Дети старше года плохо переносят подвижные игры (быстро устают), часто просят "на руки". В более старшем возрасте появляются жалобы на слабость, быструю утомляемость при физической нагрузке (ходьба, игра, езда на велосипеде, подъём по лестнице). Возможны жалобы на внезапную потерю сознания, неприятные ощущения в области сердца (боли, "перебои", "замирание").

Клиническими проявлениями заболеваний органов кровообращения могут быть отставание в физическом и моторном развитии, бледность или синюшность кожных покровов, изменение пульса, уровня артериального давления, одышка.

Основной задачей **ухода** за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы является облегчение работы сердца. Это достигается соблюдением следующих мероприятий:

- чёткое выполнение режима, диеты, медикаментозных рекомендаций;
- постоянное наблюдение за состоянием больного: контроль пульса, частоты дыхания, уровня артериального давления, учёт выпитой и выделенной за сутки жидкости;
- своевременное оповещение врача о малейших изменениях в состоянии и самочувствии ребёнка;
- общий уход за больным.

Палата больного с патологией сердечно-сосудистой системы должна быть хорошо проветриваемой и оснащена централизованной подачей кислорода. Температура воздуха в помещении не должна превышать 18-20°C. Необходимо исключить контакт детей с больными острыми респираторными заболеваниями.

Режим для детей с сердечно-сосудистыми расстройствами назначает врач в зависимости от тяжести заболевания. Соблюдение его тщательно контролируется медицинской сестрой.

Питание. У новорождённых и грудных детей с тяжёлой патологией сердца кормление назначается более часто (до 10 раз в сутки) и в меньшем разовом объёме. Частоту и объём питания указывает врач.

Больным старше 1 года 3 мес показан стол № 10. Он предусматривает полноценную диету с ограничением веществ, возбуждающих нервную систему, раздражающих печень и почки. Исключаются экстрактивные вещества, показаны вегетарианские супы. Кулинарная обработка заключается в шинковании, рубке, паровой обработке продуктов (мяса, рыбы). При диагностике недостаточности кровообращения пища должна быть легко усвояемой, качественно полноценной. Назначается дробное питание до 6 раз в сутки, малыми порциями. Рекомендуются молочные продукты, отварные, нежирные сорта мяса, рыбы, паровые котлеты, продукты, богатые калием (картофель, курага, чернослив, изюм, финики, капуста, зелень петрушки, сельдерея). Последний (вечерний) приём пищи должен быть не позднее, чем за 3-4 ч до сна. Ограничивается приём поваренной соли, жидкости (по назначению врача). У всех тяжело больных детей учёт съеденной пищи и выпитой за сутки жидкости с отметкой в истории болезни проводится обязательно.

Необходимо строго соблюдать лечебно-охранительный режим. В палате больного и прилегающих помещениях следует обеспечивать полную тишину. Медицинские сестры должны наблюдать за соблюдением постельного режима, осуществлять транспортировку детей на процедуры и исследования, следить за общим состоянием детей, пульсом, частотой дыхания, артериальным давлением, вести контроль суточного количества мочи.

Пульс - толчкообразные колебания стенок сосудов, вызываемые движениями крови, выталкиваемой сердцем. Его исследуют в местах поверхностного расположения артерий и доступных непосредственной пальпации: на лучевой, височной или сонной артерии.

У детей до года жизни пульс обычно определяют на височной артерии, а у детей старше 1,5 лет отдают предпочтение исследованию пульса на лучевой артерии. Пульс определяют в покое (можно во время сна), подсчет ударов должен производиться в течение минуты. Если пульсовые толчки следуют один за другим через одинаковые промежутки времени, то такой пульс называется ритмичным. При неодинаковых промежутках времени между ударами говорят о неправильном ритме, или аритмии. В случае обнаружения аритмии необходимо об этом сообщить врачу.

Пальпация лучевой артерии (рис. 14) осуществляется на внутренней поверхности предплечья, над лучезапястным суставом, в ямке между шиловидным отростком лучевой кости

и сухожилием внутренней лучевой мышцы. Большой палец исследователя располагается на тыле предплечья ребёнка, а указательный, средний и безымянный пальцы находятся на внутренней поверхности предплечья (у основания 1 пальца большого). Нашупав пульсирующую артерию, с умеренной силой прижимают её к внутренней стороне лучевой кости.

Частота пульса изменяется с возрастом ребёнка, составляя у здорового младенца на первом месяце жизни 120-140 уд/мин., в 1 год - 120 уд/мин., 4-5 лет - 100 уд/мин. 10-12 лет - 80 уд/мин. Частота пульса у детей - лабильный показатель и зависит от состояния ребёнка (сон - бодрствование). Допускается расхождение в частоте пульса в течение дня на 10-15%. При повышении температуры тела пульс учащается на 10-15 уд/мин. на каждый градус повышения температуры.

Пульс на височной артерии определяют непосредственно в височной ямке.

Исследование пульса на сонной артерии проводится по внутреннему краю грудиноключично-сосцевидной мышцы, на уровне перстневидного хряща.



Рис. 14. Методика исследования пульса на лучевой артерии.

Возникновение острых сердечно-сосудистых нарушений требует оказания неотложной помощи.

Обморок - проявление острой сосудистой недостаточности и остро возникающей недостаточности кровоснабжения головного мозга. Он проявляется внезапной кратковременной потерей сознания. Обморок может возникнуть при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, массивной кровопотере, стрессовых ситуациях (острая боль, страх, сильное волнение, духота в помещении и т.д.).

Клинические предвестники обморока: слабость, головокружение, тошнота, рвота, "потемнение" или "мелькание мушек" в глазах, шум в ушах, онемение рук и ног, резкое побледнение лица, обильный "холодный" пот.

Клиническое проявление обморока: спутанность или отсутствие сознания, расширение зрачков, их слабая реакция на свет, расслабление мышц, редкое поверхностное дыхание, слабый пульс, низкое артериальное давление.

Тактика среднего медицинского персонала при обмороке: срочно вызвать врача.

До прихода врача:

- уложить ребенка горизонтально с несколько опущенным головным концом (приподнятыми ногами);
- обеспечить свободное дыхание: расстегнуть воротник, пояс, расслабить одежду;
- широко открыть окна и двери для доступа свежего воздуха;
- лицо и грудь опрыснуть холодной водой;
- дать понюхать смоченную нашатырным спиртом вату;
- приложить грелку к конечностям, нижнюю половину туловища и нижние конечности укутать теплым одеялом;

- измерить артериальное давление, контролировать частоту пульса и дыхания;
- после улучшения состояния предложить больному тёплый сладкий чай.

Коллапс - острая сосудистая недостаточность, сопровождающаяся быстрым падением артериального давления и расстройствами периферического кровообращения с нарушением кровоснабжения, прежде всего мозга и сердца. Чаще развивается при массивных кровотечениях, травмах, острой сердечной и надпочечниковой недостаточности, интоксикации и т.д.

Клинические проявления коллапса: внезапное ухудшение состояния, слабость, бледность, похолодание конечностей, озноб, потеря сознания. При осмотре: заострённые черты лица, "ввалившиеся" глаза, мелкие капли пота, холодные синюшные конечности. Дыхание поверхностное, учащенное; пульс частый, нитевидный; артериальное давление низкое, температура тела понижена. Без оказания экстренной медицинской помощи больной может умереть.

Тактика среднего медицинского персонала при коллапсе: немедленно вызвать врача. До прихода врача действия среднего медицинского персонала аналогичны таковым при обмороке.

Сердечно-легочная реанимация (СЛР) - комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление жизнедеятельности организма, находящегося в состоянии клинической смерти.

Показание для СЛР:

- отсутствие дыхания или патологическое дыхание,
- отсутствие сознания,
- отсутствие кровообращения.

Остановка сердца. В этом случае срочно вызывают врача, а больному немедленно начинают закрытый (непрямой, наружный) массаж сердца (рис. 15).

Техника непрямого массажа сердца у детей грудного возраста:

- уложить больного горизонтально (лучше с приподнятыми нижними конечностями) на жёсткую поверхность (пеленальный столик, стол, пол);
- под плечи положить валик;
- осторожно запрокинуть голову ребенка назад, приподнять подбородок.

Реанимационные мероприятия у новорожденных отличаются от мероприятий у детей более старшего возраста, вначале осуществляется обеспечение проходимости дыхательных путей. Так как язык анатомически связан с нижней челюстью, то выдвижение последней вперед сопровождается смещением языка от задней стенки глотки и открытием дыхательных путей, т.е. нижнюю челюсть выдвигают вперед. Прием выдвижения челюсти без запрокидывания головы пострадавшего является наиболее безопасным начальным действием при подозрении на травму шейного отдела позвоночника, так как выполняется без разгибания шеи.

При этом необходимо извлечь изо рта видимые инородные тела (сгустки крови, рвотные массы, сгустки слизи). Удалить жидкость изо рта можно достаточно быстро с помощью указательного пальца, обернутого любой тканью (платок, салфетка), можно использовать электроотсос. Если после обеспечения проходимости дыхательных путей у пострадавшего восстановилось самостоятельное дыхание, ему следует придать восстановительное положение, или "устойчивое положение на правом боку".

Если дыхание не восстановилось, то начинать СЛР у детей следует с пяти искусственных вдохов. Сделать вдох и расположить свой рот над носом и ртом ребенка, образовав плотное соединение (у детей до 1 года), зажать нос и покрыть рот ребенка (у детей старше 1 года). Интервал между вдохами должен составлять 4-5 секунд. Выдыхать начальную часть своего дыхательного объема, которая должна быть тем меньше, чем младше ребенок.

Соотношение вдохов с непрямым массажем сердца 2 : 30 (ERC Guidelines 2015). Важно не допустить раздувания желудка, которое возможно при чрезмерном запрокидывании шеи. Критерием эффективности ИВЛ являются экскурсии грудной клетки (поднятие и опускание грудной клетки).

Грудная клетка охватывается двумя руками так, чтобы II-V пальцы находились за грудной клеткой (на спине), а I пальцы обеих рук располагались на уровне нижней трети грудины, непосредственно у мечевидного отростка, давить на грудину, чтобы она прогибалась в сторону позвоночника примерно на 1-2 см (давление должно быть сильным, однако не таким, чтобы привести к перелому костной ткани) - пробная компрессия. Далее при проведении СЛР рекомендуется придерживаться частоты компрессий 100 в мин. (не более 120). Глубина компрессий, по крайней мере, должна достигать одной трети переднезаднего размера грудной клетки у всех детей (то есть, приблизительно 4 см у младенцев и 5 см у детей) с последующим полным расправлением грудной клетки.

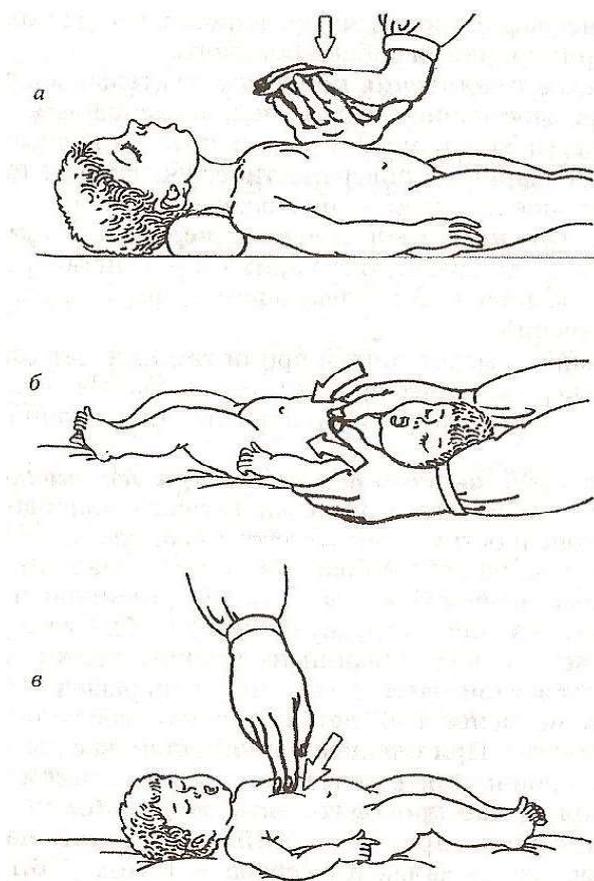


Рис. 15. Методика проведения непрямого массажа сердца ребёнку старшего возраста (а) и детям грудного возраста (б, в).

Техника непрямого массажа сердца у детей в возрасте 1-6 лет. У детей более старшего возраста реанимационные действия начинаются с компрессии. Ладонная поверхность одной руки укладывается на нижнюю треть грудины и делается надавливание приблизительно на 5 см с частотой до 100 в мин., соотношение вдох/компрессия - 2:30.

Техника непрямого массажа сердца у детей старше 6 лет. Оказание помощи проводится на ровной, жёсткой поверхности. При компрессиях упор осуществляется на основания ладоней. Руки в локтевых суставах не должны быть согнуты. При компрессии линия плеч реаниматора должна находиться на одной линии с грудиной и параллельно с ней. Расположение рук перпендикулярно грудины. Руки при компрессии могут быть взяты в

"замок" или одна на другую "крест-накрест", грудина при этом должна прогибаться внутрь примерно на 3-4 см.

Противопоказаниями для проведения непрямого массажа сердца являются множественные переломы ребер, двусторонний пневмоторакс.

Оценка эффективности массажа сердца:

- появление пульса на артериях;
- появление тонов сердца;
- уменьшение синюшности кожных покровов и слизистых;
- повышение артериального давления;
- сужение зрачков и адекватная реакция на свет.

В детском возрасте нередко встречаются заболевания, протекающие с повышенной кровоточивостью. Причиной кровоточивости может быть несостоятельность сосудистой стенки, снижение количества тромбоцитов или изменение их функции, нарушение процессов свёртывания крови.

Вне зависимости от причины кровоточивости больные дети должны находиться на строгом постельном режиме и быть под постоянным контролем медицинской сестры. Питание детей осуществляется в палате. Свободное передвижение больных в отделении или самостоятельное посещение туалета допустимо с разрешения врача. Транспортировать детей для обследования надо на каталке. У детей не должно быть острых, режущих или колющих предметов. При уборке в палатах, коридоре пол необходимо не только тщательно мыть, но и насухо вытирать, чтобы никто из больных не поскользнулся, так как падение может дополнительно привести к кровоизлиянию в суставы или внутренние органы, например в головной мозг. В отделении, где находятся дети с повышенной кровоточивостью, постоянно должна проводиться профилактика травм.

Кровь - питательная среда для микроорганизмов. Поэтому больным с наружным кровотечением смена белья должна проводиться несколько раз в сутки по мере его загрязнения. Больным с повышенной кровоточивостью противопоказаны инъекции. Лекарственные препараты по назначению врача даются внутрь или вводятся с помощью венозного катетера.

При появлении у ребенка кровотечения любой локализации медицинская сестра должна вызвать врача и оказать доврачебную помощь.

Помощь при носовом кровотечении.

При профузном носовом кровотечении, когда кровь поступает не только наружу, но и внутрь - в глотку и полость рта, у ребенка возникают кашель, рвота.

Ребенка успокаивают, усаживают в полусидячее положение или укладывают, повернув голову на бок. На переносицу кладут лед или марлю, смоченную в холодной воде. Продолжающееся носовое кровотечение можно остановить сильным прижатием крыльев носа к носовой перегородке. Дыхание происходит через рот. Кровь, попавшую в рот, ребенок должен сплевывать. При отсутствии эффекта от предпринятых мероприятий производят тампонаду носового хода: вставляют марлевые турунды длиной около 50 см, смоченные перексидом водорода или лекарственными средствами (раствор тромбина). В настоящее время для местной остановки кровотечения используют специальные гемостатические средства, не требующие удаления. На затылок кладут лед. Тампон может находиться в носу не более 2 суток. Перед удалением тампона его необходимо тщательно отмочить перексидом водорода. После удаления тампона в нос закапывают масло (например, оливковое, персиковое).

Помощь при гематомах и кровоизлияниях в суставы. Назначают строгий постельный режим. Транспортировка больного осуществляется только на каталке. При необходимости проводят иммобилизацию - создание неподвижности поврежденного сустава или конечности (шина).

Вопросы для самоподготовки.

1. Основные жалобы и клинические симптомы при заболеваниях органов кровообращения.
2. Задачи ухода за детьми, страдающими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
3. Характеристика стационарных режимов для детей с болезнями сердца.
4. Особенности питания детей с заболеваниями сердца.
5. Методика исследования пульса у детей разного возраста.
6. Принципы оказания доврачебной помощи ребенку при развитии обморока.
7. Принципы оказания доврачебной помощи при коллапсе.
8. Оценка эффективности оказания неотложной помощи.
9. Основные причины повышенной кровоточивости у детей.
10. Принципы оказания неотложной доврачебной помощи при носовом кровотечении.
11. Принципы оказания неотложной доврачебной помощи при гематомах и кровоизлияниях в суставы.

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ

1. **ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ПАЛАТЕ, ГДЕ НАХОДИТСЯ БОЛЬНОЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА, ДОЛЖНА БЫТЬ**
 - 1) 10-15 °С
 - 2) 18-20 °С
 - 3) 20-25 °С
 - 4) 25-30 °С
 - 5) более 30 °С
2. **ПУЛЬС У РЕБЁНКА СТАРШЕ ГОДА ЧАЩЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ...**
 - 1) лучевой артерии
 - 2) локтевой вене
 - 3) височной артерии
 - 4) сонной артерии
 - 5) яремной ямке
3. **ПУЛЬС У ГРУДНОГО РЕБЁНКА ЧАЩЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ...**
 - 1) лучевой артерии
 - 2) локтевой вене
 - 3) височной артерии
 - 4) сонной артерии
 - 5) яремной ямке
4. **ЧАСТОТА ПУЛЬСА С ВОЗРАСТОМ**
 - 1) увеличивается
 - 2) уменьшается
 - 3) не изменяется
 - 4) сначала увеличивается до 3 лет, затем не изменяется
 - 5) сначала уменьшается до 3 лет, затем не изменяется
5. **ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ОБМОРОКЕ**
 - 1) с опущенным головным концом и приподнятыми ногами
 - 2) с приподнятым головным концом
 - 3) голова и ноги на одном уровне
 - 4) на левом боку
 - 5) на правом боку
6. **СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ**
 - 1) приём пищи, физиологические отправления в постели

- 2) разрешен приём пищи в палате за столом
 - 3) разрешен приём пищи в столовой
 - 4) разрешается ходить в туалет
 - 5) разрешается на короткое время вставать с постели
7. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ КОЛЛАПСЕ
- 1) с опущенным головным концом и приподнятыми ногами
 - 2) с приподнятым головным концом
 - 3) голова и ноги на одном уровне
 - 4) на левом боку
 - 5) на правом боку
8. В СЛУЧАЕ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ СМЕНА БЕЛЬЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ
- 1) еженедельно
 - 2) ежедневно
 - 3) 2-3 раза в сутки
 - 4) через каждые 4 часа
 - 5) по мере загрязнения
9. ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ В КОЛЕННЫЙ СУСТАВ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ДОЛЖНА
- 1) вызвать врача, дать больному болеутоляющее и успокоить его
 - 2) назначить строгий постельный режим и вызвать врача
 - 3) "подождать и посмотреть"
 - 4) вызвать врача, сделать пункцию сустава и удалить из него кровь
 - 5) вызвать врача и наблюдать
10. ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ
- 1) посадить ребёнка, его голову запрокинуть назад
 - 2) положить ребёнка и повернуть его голову на бок
 - 3) поставить ребёнка на ноги
 - 4) положить ребёнка на живот
 - 5) положить ребёнка на спину, запрокинув его голову назад

Эталоны ответов: 1-2, 2-1, 3-3, 4-2, 5-1, 6-1, 7-1, 8-5, 9-2, 10-2.

4.4. Уход за детьми с заболеваниями пищеварительной системы

Изучив данную тему, студенты должны **знать:**

- симптомы поражения органов пищеварения;
- организацию режима и ухода за больными с патологией пищеварительной системы.

Студенты должны **уметь:**

- осуществлять уход за больными различного возраста с патологией органов пищеварения

Студенты должны **владеть:**

- навыками ухода за больными с учётом их возраста, характера и тяжести заболевания органов пищеварительной системы

Краткое изложение теоретического материала

Первостепенной задачей ухода за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта является, наряду с соблюдением лечебно-охранительного режима, организация лечебного питания и водного рациона. Серьезное внимание надо уделять тщательному уходу за полостью рта и функционированию кишечника.

Особое внимание обращают на симптомы, свидетельствующие о поражении желудочно-кишечного тракта. Основными симптомами являются диспепсические расстройства (тошнота, рвота, отрыжка, понос и пр.) и боли в животе.

Тошнота представляет собой неприятное ощущение в подложечной области, нередко сопровождается побледнением, слюноотделением. Тошнота часто предшествует рвоте. При

тошноте больного успокаивают, дают выпить полстакана воды, обеспечивают доступ свежего воздуха.

Рвота является сложным рефлекторным актом, когда при возбуждении рвотного центра происходит выбрасывание рвотных масс через пищевод, глотку, рот, иногда носовые ходы. При возникновении рвоты необходимо максимально облегчить состояние ребенка, помочь ему. Больного удобно усаживают, закрывают грудь полотенцем, пеленкой или клеенкой, ко рту подносят чистый лоток, либо ставят на пол у ног тазик, ведро. Ослабленным больным, находящимся в лежачем положении, следует повернуть голову набок, чтобы она была ниже туловища, поднести лоток. Под голову такого ребенка подкладывают четверо сложенное полотенце, чтобы исключить загрязнение постельного белья.

После рвоты необходимо прополоскать рот теплой водой, тщательно вытереть губы и углы рта, убрать с кожных покровов тела попавшие частицы рвотных масс. У ослабленных больных полость рта протирают салфеткой или ваткой, смоченной теплой водой или дезинфицирующим раствором, например светло-розовым раствором перманганата калия или 2% раствором гидрокарбоната натрия. С целью прекращения рвоты ребенку желательно дать выпить холодной воды, проглотить кусочки льда, принять внутрь несколько мятных капель или 2-3 мл 1% раствора новокаина.

Рвотные массы оставляют до прихода врача, при необходимости направляют в лабораторию в чистой посуде с широким горлом, указав сведения о больном и цель исследования. Рвота "кофейной гущей" свидетельствует о желудочно-кишечном кровотечении. В этих случаях необходимо срочно вызывать врача. В дальнейшем младшая медицинская сестра остается наблюдать и ухаживать за ребенком, периодически информирует врача о состоянии больного.

Отрыжка воздухом иногда обусловлена заглатыванием его во время еды (аэрофагия), особенно у детей раннего возраста. Чаще всего отрыжка указывает на повышенное давление в желудке. Детям с отрыжкой следует есть медленно, небольшими порциями, тщательно пережевывая пищу, что позволит избежать переполнения желудка. Грудного ребёнка необходимо подержать на руках в вертикальном положении, чтобы он срыгнул остатки воздуха.

Изжога - ощущение жжения по ходу пищевода, обусловленное забросом в последний кислого желудочного содержимого. Для облегчения состояния больного необходимо дать ребенку полстакана молока или щелочной воды, но не чая (Боржом, Смирновская, Славянская). После приема пищи ребенок должен находиться в вертикальном положении 20-30 мин. Необходимо исключить из питания те продукты, которые могут способствовать изжоге, например черный хлеб, кисель, варенье, острые, жареные блюда, пряности.

Метеоризм (вздутие живота) возникает вследствие усиленного газообразования и замедленного продвижения газов по кишечнику, иногда наблюдается при усиленном заглатывании воздуха и чрезмерном употреблении в пищу хлеба, молока, картофеля, бобовых, квашеной капусты. Уменьшают или полностью снимают метеоризм прием активированного угля по 0,5-1 таблетке 2 раза в день, клизмы с настоем ромашки. Детям раннего возраста и лежачим больным вводят газоотводную трубку (рис. 16).

Стул у ребёнка грудного возраста осматривается каждый день, а у старших - по поручению врача или сигналу больного.



Рис. 16. Техника введения газоотводной трубки.

Запор - задержка стула в течение 2 суток (48 час.) вследствие замедленного опорожнения кишечника. Различают атонические и спастические запоры. Первые возникают при ослаблении кишечной мускулатуры и перистальтики, вторые - при повышении тонуса мышц в отдельных участках толстой кишки. Для оказания помощи детям с атоническими запорами из пищи исключают легкоусвояемые продукты (сметана, каши и т. п.) и назначают диету, содержащую большое количество растительной клетчатки (капуста, свекла, чернослив, черный хлеб из муки грубого помола). Таким детям противопоказан сидячий образ жизни. Выработывают ежедневный рефлекс на опорожнение кишечника, дают послабляющие средства, в основном растительного происхождения (ревень, кора крушины), лактулозу (Дюфалак), реже солевые (20% раствор сульфата магния по 1 чайной ложке натощак). Следует помнить о необходимости подбора индивидуальной дозы слабительных для детей.

Из рациона детей, страдающих спастическими запорами, исключают грубую пищу, богатую клетчаткой. Рекомендуется больше двигаться, приучаться к опорожнению кишечника в определенное время. Дают лекарственные средства, успокаивающие нервную систему: валериана, бромиды. При упорных запорах ставят очистительные клизмы.

Понос - наиболее часто возникает при кишечной инфекции и связан с действием патогенных микробов и усиленной перистальтикой кишечника. Реже наблюдается при кишечном дисбактериозе, недостаточности поджелудочной железы, хроническом энтерите. Наличие в каловых массах большого количества слизи, крови, как правило, указывает на поражение толстой кишки.

Ребенку для испражнений выделяют отдельный горшок, который оставляют до врачебного осмотра в прохладном месте. Каловые массы отправляют в лабораторию для исследований. При подтверждении кишечной инфекции больного переводят в инфекционное отделение или помещают в отдельный бокс. Проводят текущую дезинфекцию. Горшки, подкладные судна дезинфицируют. При поносе неинфекционного генеза назначают легкоусвояемую диету с большим количеством белка, витаминов С и группы В, жидкости. Не рекомендуют молоко и молочные продукты, жирное, жареное, растительную клетчатку. Детей следует подмывать после каждого опорожнения, смазывать вазелином или детским кремом кожу вокруг анального отверстия.

Появление дегтеобразного стула указывает на желудочно-кишечное кровотечение. Даже при хорошем самочувствии ребенка срочно укладывают в постель, вызывают врача.

Боль в животе - самый частый и наиболее характерный признак острого или обострения хронического заболевания желудочно-кишечного тракта у детей. При появлении болей необходима консультация врача, до прихода которого ребенка надо уложить в по-

стель. Следует обратить внимание на поведение ребенка во время приступа болей, на положение в постели: оно может быть вынужденным (коленно-локтевое, на боку, с согнутыми ногами и т.п.). Применение грелок или дача лекарственных средств, снимающих болевой приступ, является противопоказанием, так как это может затруднить правильную диагностику, привести к ошибке. Запрещается также до прихода врача давать слабительные средства и ставить клизмы.

Исследование кала. При исследовании кала на яйца глистов и цисты лямблий ребенка высаживают на предварительно обработанный кипятком горшок. Кал для анализа берут из разных порций деревянной или стеклянной палочкой помещают в баночку. В лабораторию материал доставляют в течение 30 мин с момента взятия анализа. При подозрении на энтеробиоз производят соскоб деревянной лопаточкой со складок вокруг заднего прохода, можно использовать липкую ленту. Соскоб переносят на предметное стекло в каплю 50 % раствора глицерина или изотонического раствора хлорида натрия. Забор на энтеробиоз можно проводить специальной липкой лентой, фиксированной на предметном стекле.

Для обнаружения дизентерийной группы кал берут специальной металлической петлей из анального отверстия. Петлю опускают в стерильную пробирку со средой, закрывают стерильной марлевой пробкой и отправляют в лабораторию.

Правила опорожнения кишечника. В практике работы детских лечебных учреждений большое значение придается проведению таких лечебных манипуляций, как постановка клизм, газоотведение, промывание желудка, дуоденальное зондирование и др. Их проведение требует тщательной подготовки, знания особенностей каждой конкретной манипуляции у детей различного возраста.

Постановка клизмы. При помощи клизмы в толстую кишку можно ввести различные жидкости с лечебной или диагностической целью. Различают клизмы очистительные, лекарственные.

Очистительные клизмы назначают для освобождения кишечника от каловых масс и газов. Они применяются при запорах, пищевых отравлениях, для подготовки больного к эндоскопическим методам обследования (ректоскопия, колонофиброскопия), к рентгенологическому исследованию желудка, кишечника, почек, для выполнения ультразвукового исследования органов брюшной полости, перед операциями, перед введением лекарственных средств. Противопоказаниями являются воспалительные изменения в нижнем отрезке толстой кишки, геморрой, выпадение слизистой оболочки прямой кишки, подозрение на аппендицит, кишечные кровотечения.

Лекарственные клизмы показаны при заболеваниях толстого кишечника, особенно воспалительного характера (проктосигмоидиты). Используются масляные р-ры, отвары лекарственных трав, лекарственные препараты вводимые через прямую кишку.

Подготовка ребенка к ультразвуковому, эндоскопическому и рентгенологическому обследованию. При наблюдении за ребенком в стационаре, особенно в условиях специализированных отделений, медицинской сестре большое внимание приходится уделять подготовке детей к проведению разнообразных инструментальных обследований, необходимых для постановки точного диагноза и назначения правильного лечения. Наибольшее значение в настоящее время имеют рентгенологическое, эндоскопическое и ультразвуковой методы исследования.

Рентгенологическое исследование желудка и тонкой кишки. При плановом рентгенологическом исследовании желудка и тонкой кишки за 2-3 дня из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию и вызывающие метеоризм: черный хлеб, картофель, бобовые, квашеную капусту, молоко, большое количество фруктов. Накануне исследования ужин должен быть не позднее 20.00. Утром в день исследования ребенок не должен ни

пить и ни есть. Вечером накануне и утром в день исследования (не позднее, чем за 2 ч до начала исследования) ставят очистительную клизму. При наличии большого количества газов клизму повторяют за 30 мин перед исследованием. В экстренных случаях (подозрение на кишечную непроходимость, кровотечение и т. п.) подготовка к рентгенологическому исследованию верхних отделов пищеварительного тракта не проводится.

Рентгенологическое исследование пищевода. Подготовка к исследованию аналогична той, которую проводят перед исследованием желудка и тонкой кишки. Для выявления несостоятельности пищеводно-желудочного перехода ребенка обследуют в положении Тренделенбурга, при котором таз расположен выше головы.

Рентгенологическое исследование толстой кишки производят спустя 24 ч после рентгенологического исследования верхних отделов пищеварительного тракта. Такой досмотр толстой кишки не требует специальной подготовки. Другим способом исследования является ирригоскопия, когда толстую кишку заполняют бариевой смесью через прямую кишку. В течение 2-3 дней исключают продукты, вызывающие газообразование, особенно фрукты, овощи и молоко. Пища должна быть отварной и легко усвояемой. При наличии упорного метеоризма ребенку дают 3 раза в день настой ромашки, после ужина ставят газоотводную трубку. Накануне ирригоскопии перед обедом больной принимает касторовое масло (от 5 до 15 г, в зависимости от возраста), вечером с интервалом в 1 ч ему дважды ставят очистительную клизму. Утром дают легкий завтрак и дважды с перерывом в 30 мин. делают очистительные клизмы. При необходимости за 1 ч до исследования вставляют газоотводную трубку.

Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей. Исследование желчных путей (холецистография) осуществляется путем введения в организм контрастного вещества и выполнения серии последующих рентгеновских снимков. Различают оральную и внутривенную холецистографию. При первом методе исследования ребенок через рот за 12 ч до холецистографии получает контрастные йодсодержащие вещества ("Холевид" и др.). Накануне больной принимает легкоусвояемую пищу, 3 раза в день - настой ромашки. Вечером и утром за 2-2,5 ч до холецистографии делают очистительную клизму из теплой воды или настоя ромашки. В рентгеновском кабинете больному дают желчегонный завтрак, чтобы определить степень сокращения желчного пузыря, проходимость желчных ходов.

В случае неудачи оральной холецистографии рентгеноконтрастное вещество вводят внутривенно. Накануне исследования проверяют чувствительность больного к контрастному веществу. Появление зуда, сыпи, озноба, головной боли, повышение температуры тела и прочие симптомы свидетельствуют о непереносимости препаратов йода. В этом случае холецистография не проводится. В остальном подготовка аналогична подготовке к оральной холецистографии.

Эзофагогастродуоденоскопия. Подготовка ребенка заключается в том, что утром в день исследования нельзя употреблять пищу и пить жидкость. В экстренных случаях, например при желудочно-кишечном кровотечении или попадании инородного тела внутрь, эзофагогастродуоденоскопия проводится без учета приема пищи ребенком. После окончания процедуры прием пищи разрешается через 1-1,5 ч.

Колонофиброскопия. При плановом исследовании подготовку начинают за 2-3 дня, при этом из питания исключают продукты, способствующие газообразованию. Назначают аглиадиновую диету, состоящую из мяса, рыбы, белкового омлета, риса, гречи. Накануне исследования после обеда дают касторовое масло, вечером дважды с интервалом в 1-1,5 ч ставят очистительную клизму. Ужин разрешают детям младшего возраста, страдающим сахарным диабетом и тяжелыми формами нарушенного кишечного всасывания. Утром за 2-2,5 ч до колонофиброскопии делают очистительную клизму, после которой детям с метеоризмом ставят газоотводную трубку на 10-15 мин. При необходимости по экстренным

показателям в случае желудочно-кишечного кровотечения колонофиброскопию делают без подготовки.

Ректороманоскопия. Подготовка ребенка заключается в применении очистительной клизмы вечером и утром перед исследованием. В случае упорных запоров в течение нескольких дней дают солевые слабительные (15% раствор сульфата магния по 0,5-1 столовой ложке 3 раза в день), ежедневно ставят клизмы.

Лапароскопия. Подготовка ребенка к лапароскопии заключается в проведении предварительного рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта, определения свертываемости крови, протромбинового индекса и времени кровотечения. Накануне вечером ставят очистительную клизму, утром больного не кормят.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Подготовка к исследованию осуществляется с целью уменьшения метеоризма и включает двухдневное соблюдение диеты с ограничением продуктов, содержащих значительное количество клетчатки (черный хлеб, сырые овощи и фрукты и пр.), а также молоко. Назначают карболен (от 3 до 5 таблеток в сутки), смекту, полиферментные препараты. Исследование проводят натощак. Очистительную клизму ставят по назначению врача, обычно непосредственно в день исследования.

Вопросы для самоподготовки.

1. Симптомы поражения органов пищеварения.
2. Уход за больными, страдающими заболеваниями органов пищеварения.
3. Оказание доврачебной помощи при тошноте, рвоте, отрыжке, изжоге, метеоризме.
4. Контроль за стулом ребенка.
5. Методы забора кала для исследований.
6. Подготовка к функциональным исследованиям в отделении гастроэнтерологии.

Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ:

1. **ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ КОРМЯТ**
 - 1) в столовой
 - 2) в палате, сидя на кровати
 - 3) лёжа, с возвышенным головным концом
 - 4) стоя, возле кровати
 - 5) в кресле, возле кровати
2. **ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА - ЭТО**
 - 1) головная боль
 - 2) подъём температуры тела
 - 3) рвота
 - 4) судороги
 - 5) кашель
3. **АЭРОФАГИЯ - ЭТО**
 - 1) рвота
 - 2) отрыжка воздухом
 - 3) жидкий стул
 - 4) изжога
 - 5) затруднение дыхания
4. **МЕТЕОРИЗМ - ЭТО**
 - 1) вздутие живота
 - 2) понос
 - 3) рвота

- 4) отрыжка
 - 5) изжога
5. ЗАПОР - ЭТО
- 1) вздутие живота
 - 2) отсутствие стула более 48 часов
 - 3) "овечий" стул
 - 4) замазкообразный стул
 - 5) "жирный" стул
6. ПРИ ПОДГОТОВКЕ К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ КИШЕЧНИКА
- 1) промывают желудок
 - 2) делают очистительные клизмы
 - 3) обильное кормление ребёнка
 - 4) дают обильное питьё
 - 5) делают лечебные клизмы
7. ПРИ ПОНОСЕ У РЕБЁНКА НЕОБХОДИМО
- 1) взять анализ на киш. группу
 - 2) промыть желудок
 - 3) промыть кишечник
 - 4) сделать клизму
 - 5) положить грелку на живот
8. ПЕРЕД УЗИ ИСКЛЮЧАЮТ ИЗ ДИЕТЫ
- 1) клетчатку
 - 2) сахар
 - 3) соль
 - 4) хлеб
 - 5) мясо
9. С ЦЕЛЬЮ ОЧИЩЕНИЯ КИШЕЧНИКА ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) обильное питьё
 - 2) внутривенные вливания
 - 3) кружку Эсмарха
 - 4) газоотводную трубку
 - 5) резиновую грушу
10. МЕТЕОРИЗМ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ
- 1) каша
 - 2) квашеная капуста
 - 3) чай
 - 4) кисель
 - 5) суп

Эталоны ответов: 1-3, 2-3, 3-2, 4-1, 5-2, 6-2, 7-1, 8-1, 9-3, 10-2.

4.5. Уход за детьми с заболеваниями мочевыделительной системы

Изучив данную тему, студенты должны **знать:**

- основные жалобы, характерные для поражения мочевой системы;
- особенности режима и правила личной гигиены при патологии мочевыделительной системы;
- особенности ухода за детьми, страдающими энурезом;
- особенности диеты у детей с патологией почек;
- правила измерения суточного диуреза и учёта суточного ритма спонтанных мочеиспус-

каний;

- правила сбора мочи для общего анализа, пробы по Нечипоренко;
- методику забора мочи для бактериологического исследования;
- правила сбора пробы по Зимницкому;
- цель и правила проведения пробы Реберга;
- подготовку к экскреторной урографии;
- технику подготовки к УЗИ почек;
- особенности ухода за больными с энурезом;
- особенности ухода за детьми с отёками;
- клинические признаки острой задержки мочи и оказание доврачебной помощи.

Студенты должны уметь:

- собрать мочу у ребёнка любого возраста для общего анализа, пробы Нечипоренко;
- собрать мочу для посева с целью бактериологического исследования;
- оценить суточный диурез, собрать мочу для проведения пробы Зимницкого;
- подготовить больного к проведению экскреторной урографии;
- подготовить больного к проведению УЗИ почек и мочевого пузыря;
- ухаживать за больным с различными заболеваниями органов мочевой системы;
- оказать доврачебную помощь при острой задержке мочи.

Краткое изложение теоретического материала

Болезни почек и мочевыводящих путей у детей встречаются часто. Наиболее часто встречающиеся заболевания - инфекции мочевой системы (пиелонефрит, цистит), энурез; реже - гломерулонефрит, интерстициальный нефрит и заболевания почек, связанные с нарушением водно-солевого баланса (обменные нефропатии), почечная недостаточность. Больные с поражением мочевыделительной системы могут предъявлять **жалобы** на боли в поясничной области, животе различного характера, без иррадиации или иррадиирующие в паховую область, промежность. Часто отмечают снижение суточного количества мочи, изменение ее цвета, прозрачности. Могут наблюдаться различные варианты нарушения акта мочеиспускания: болезненность, частые или редкие, ложные позывы к мочеиспусканию, недержание мочи - энурез. Для гломерулонефрита, интерстициального нефрита характерны отёки, снижение диуреза, повышение артериального давления, изменения качественного состава мочи.

Важной составной частью лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей являются режим, диета, соблюдение водного и солевого режима. Медицинская сестра осуществляет контроль за соблюдением **режима**, предписанного врачом (постельный, полупостельный и т.д.), выполнением детьми **правил личной гигиены**. Особенно важно осуществлять качественный гигиенический уход за тяжелыми больными, например, почечной недостаточностью и пациентами, а также - страдающими энурезом.

При заболеваниях мочевыводящих путей тщательно следят за чистотой промежности, проводя по правилам ежедневные подмывания, а также после акта дефекации. Дети старшего возраста нуждаются в контроле за осуществлением гигиенических процедур, а младшего - в непосредственном участии среднего медицинского персонала. Для этого под больного подкладывают клеенку, подводят судно и предлагают согнуть в коленях и развести ноги. Из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой и наконечником (или из кувшина), направляют на промежность струю воды или слабого раствора перманганата калия. Одновременно стерильным ватным шариком, зажатым корнцангом или длинным пинцетом, производят несколько движений в направлении от половых органов к заднему проходу. Другим ватным шариком осушают кожу промежности, ведя шарик в том же направлении.

Очень важно для больного своевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника, наблюдение за которым осуществляет медицинская сестра. Пациенты с воспалитель-

ными заболеваниями мочевыводящих путей нуждаются в усиленном питьевом режиме, включающем слабощелочные минеральные воды, компоты, ненасыщенные соки. Из рациона питания необходимо исключить острые, копченые, жареные, маринованные блюда, пряности, ограничивают потребление поваренной соли. При обменных нефропатиях диета определяется типом кристаллурии (оксалатурия, фосфатурия, кристаллурия и т.д.), о которых больных, родителей и персонал информирует лечащий врач.

У больных **гломерулонефритом** нужно следить за частотой пульса, измерять артериальное давление, количество выпитой и выделенной жидкости (диурез). Если ребенок жалуется на головную боль или ухудшение зрения, необходимо немедленно вызвать врача. В зависимости от формы нефрита существуют особенности в питании ребенка, но общепринятыми правилами являются исключение поваренной соли и продуктов, богатых натрием, в начале заболевания (позже диету расширяют, постепенно увеличивая суточное потребление соли, но не до возрастной нормы в течение длительного времени). Немаловажным фактом при организации питания детей с гломерулонефритами, сопровождающимися задержкой жидкости в организме, является ограничение жидкости, объем которой пересчитывается ежедневно в зависимости от количества выделенной накануне жидкости и наличия отеков и их интенсивности. При нарушении азотовыделительной функции при нефритах - ограничивается потребление мяса и других продуктов, содержащих большое количество белка животного происхождения. Помимо перечисленного, исключаются экстрактивные вещества, острая, жареная пища, копчености, маринады, консервы. Лечебный стол таких больных богат фруктово-сахарными и фруктово-рисовыми блюдами, джемами, фруктово-ягодными киселями. В истории болезни указывают допустимый объем жидкости и допустимое количество поваренной соли, которое можно дать больному ребенку в течение суток. Особое внимание уделяют одежде ребенка. У больных нефритом одежда должна быть из натуральных тканей, следует надевать шерстяные носки, шерстяное белье или шерстяной пояс на поясицу. Серьезное внимание надо обращать на предупреждение простудных заболеваний, избегать сквозняков, общения с больными гриппом, ангиной, ликвидировать очаги хронической инфекции.

Особенности ухода за больными с отёчным синдромом. Отёки при болезнях почек вначале появляются с утра на лице, у младенцев - в нижних отделах живота, в области мошонки (у мальчиков), половых губ (у девочек). Позже отёки распространяются на туловище и конечности. Медицинская сестра обязана четко выполнять врачебные назначения: соблюдение режима, диеты, включая возможные ограничения питьевого режима, медикаментозное лечение. Кроме того, медицинская сестра осуществляет:

- контроль суточного диуреза;
- ежедневное взвешивание больного (для выявления патологических прибавок массы тела, измерение окружностей живота, конечностей).

Измерение суточного диуреза проводится с целью контроля выделительной функции почек. Сбор суточной мочи производится в течение 24 ч, обычно начиная с 9 ч, в заранее подготовленную чистую, сухую ёмкость (банку) с наклеенной на неё этикеткой, где указаны фамилия, имя, возраст ребёнка. Перед началом сбора мочи первая её порция, в 9 ч, не учитывается. Все последующие порции мочи, включая последнюю - 9 ч следующего дня, собираются в банку, которая хранится в тёмном, прохладном месте. Измерение суточного диуреза проводится одновременно с учётом выпитой за сутки жидкости (вместе с жидкой пищей и фруктами). В норме суточный диурез составляет не менее 75-80% от выпитой за сутки жидкости.

У больных, страдающих **почечной недостаточностью** и находящихся на постельном режиме, необходимо тщательно следить за состоянием кожи, и принимать меры по профилактике пролежней при длительном постельном режиме: менять положение больного, пе-

рестилать простыни, вовремя ликвидировать складки на постельном и нательном белье, обрабатывать кожу дезинфицирующими растворами. Назначают полоскание рта 2% раствором гидрокарбоната натрия и не менее 2-3 раз в неделю проводят гигиеническую ванну.

Особенности ухода за детьми с энурезом (недержание мочи) заключается в более тщательном соблюдении гигиенических мероприятий:

- в постель под простыню подкладывается клеёнка, при необходимости - более частая смена нательного и постельного белья;
- частое (несколько раз в день) подмывание ребёнка или гигиенический душ;
- при полном недержании мочи - использование памперсов или специальных мочеёмников (многоцветных или одноразовых). Во избежание опрелостей памперсы меняются не реже 3-4 раз в сутки. Одноразовые мочеёмники меняются и выбрасываются по мере их заполнения. Многоцветные мочеёмники должны обрабатываться не реже одного раза в сутки (мытьё горячей водой с мылом и, с целью удаления запаха, ополаскивание слабо-розовым раствором перманганата калия).

Все мероприятия по уходу следует проводить тактично, не травмируя психику больного. При общении с ними необходимо проявлять внимательность, чуткость, понимание ситуации, оптимистическое отношение к вероятному процессу выздоровления. Проблему ребёнка и вопросы, связанные с ней, не озвучивают при других пациентах. Важно оказывать помощь ребёнку в соблюдении режима дня и ночи, водно-питьевого режима.

В последние десятилетия появилась проблема недержания/неудержания мочи в результате злоупотребления памперсов. Следствием частого использования этих достаточно удобных предметов личной гигиены является нарушение воспитания у ребёнка гигиенических навыков, проявляющиеся затруднением осуществления произвольного акта мочеиспускания.

Определение суточного ритма спонтанных мочеиспусканий проводится с целью исследования уродинамики нижних мочевых путей (мочевого пузыря, мочеиспускательного канала) и предусматривает подсчёт частоты мочеиспусканий за сутки и измерение объёма мочи в каждой порции. Для объективности оценки желательнее проводить данное обследование в течение 2-3 дней.

Общий анализ мочи проводится с целью определения физических свойств, химического состава и характера мочевого осадка. Утром, сразу после ночного сна ребёнок тщательно подмывается тёплой водой с мылом с последующим подсушиванием промежности и наружных гениталий пелёнкой. При наличии менструации у девочки пубертатного возраста исследование мочи не проводится. При необходимости советуют пациентке тщательно провести подмывание, а затем закрыть отверстие влагалища ватно-марлевым тампоном. Утренняя порция мочи собирается в заранее подготовленную чистую, сухую банку с наклеенной на неё этикеткой (с указанием фамилии, имени, возраста пациента, номера отделения и цели обследования) и направляется в клиническую лабораторию. У девочек-младенцев мочу собирают в специально отведённую для этой цели промаркированную, сухую, чистую, глубокую тарелку, либо с помощью мочеёмника. Ребёнка после подмывания укладывают на неё и до получения порции мочи накрывают пелёнкой или одеялом. Для сбора мочи у мальчиков новорожденного и грудного возраста используют мочеёмники, презервативы, которые свободно надевают на половой член до получения порции мочи. После мочеиспускания содержимое мочеёмника, тарелки или презерватива переливают в банку и направляют в клиническую лабораторию.

Проба по Нечипоренко - лабораторный метод исследования мочи для выявления скрытой лейкоцитурии или гематурии при отсутствии патологии в общем анализе мочи. Проба предусматривает количественное определение в 1 мл мочи форменных элементов крови (лейкоцитов, эритроцитов). Техника сбора мочи для проведения пробы Нечипоренко аналогична таковой при сборе общего анализа мочи.

Посев мочи на исследование микрофлоры - бактериологическое исследование мочи, которое проводится с целью идентификации микроба, вызвавшего воспалительный процесс, и определения чувствительности к антибактериальным препаратам. После тщательного подмывания собирается утренняя порция мочи из "средней" струи (5-10 мл) в стеклянную стерильную пробирку, либо приобретенную в аптеке стерильную емкость, которые сразу же закрываются. На пробирку либо банку прикрепляется этикетка с указанием паспортных данных ребёнка, номера отделения и цели исследования. Материал доставляется в бактериологическую лабораторию.

Проба Зимницкого - функциональное исследование почек, осуществляющееся с целью контроля выделительной (определение разности объёмов выпитой и выделенной жидкости), функции ритма (оценкой дневного и ночного диуреза) и концентрационной способности почек.

Техника проведения. Суточную мочу собирают в виде восьми трёхчасовых порций в 8 чистых, сухих банок с этикетками, где, помимо паспортных данных ребёнка, номера отделения и цели исследования, указаны часы сбора (6-9 ч, 9-12 ч, 12-15 ч, 15-18 ч, 18-21 ч, 21-24 ч). Сбор пробы начинается с 6 часов после полного опорожнения мочевого пузыря в горшок или унитаз (данная порция не участвует в исследовании). Одновременно со сбором мочи обязательно учитывается выпитая за сутки больным жидкость (ребёнок находится на обычном питьевом режиме). Для достоверности результата накануне проведения пробы Зимницкого медсестра должна объяснить пациенту (родителям, ухаживающим за ребёнком) важность тщательного соблюдения техники трёхчасового сбора мочи в соответствующие банки и учёта выпитой жидкости (включая жидкие блюда и фрукты).

Проба Реберга проводится с целью определения эффективности почечного плазматика: оценка фильтрационной и реабсорбционной функции почек. В течение суток собирают мочу, измеряют суточный диурез. В конце исследования берут кровь из вены для определения креатинина крови. В клиническую лабораторию направляется банка, куда отливается 100-150 мл собранной мочи, и пробирка с венозной кровью. Время взятия крови должно точно совпадать со временем начала и окончания сбора мочи. В направлении указывается цель исследования, имя, возраст, длина и масса тела ребёнка, объём суточного диуреза. Для достоверности исследования скорости клубочковой фильтрации лечащие врачи рассчитывают ее различными способами, учитывая креатинин крови и другие количественные данные (напр. Формула Шварца).

Экскреторная урография - рентгенологический метод диагностики состояния мочевой системы, позволяющий оценить анатомическое и функциональное состояние почек и мочевыводящих путей, уродинамику, а также контролировать динамику уже имеющегося патологического процесса.

Предварительная подготовка больного к проведению экскреторной урографии:

- исключение из диеты за 2-3 суток продуктов, способствующих повышенному газообразованию (сырые овощи, фрукты, соки, молоко, чёрный хлеб);
- проведение очистительной клизмы (до чистых промывных вод). Детям до 5 лет кишечник очищают кипячёной водой за 12 ч до исследования. Пациентам старше 5 лет очистительные клизмы назначают дважды: за 12 ч и за 1-2 ч до урографии;
- утром, за 1,5-2 ч до урографии дети до года жизни получают грудное кормление или смесь; в более старшем возрасте - лёгкий завтрак (кусочек булки и 100-150 мл чая без сахара), позволяющий предотвращать образование "голодных газов" в кишечнике;
- исследование проводится с внутривенным введением специального контрастного (йодсодержащего) вещества, осуществляемого врачом непосредственно в рентгенологическом кабинете.

Ультразвуковая диагностика болезней мочевыделительной системы проводится для оценки размеров, положения, формы, структуры почек, оценки состояния мочевого пузы-

ря. УЗИ почек при отсутствии повышенного газообразования предварительной подготовки не требует. УЗИ мочевого пузыря возможно у детей старшего возраста (способность удерживать мочу при наполненном мочевом пузыре). Перед обследованием детям старшего возраста предлагают достаточное количество жидкости (15-20 мл на 1 кг массы тела, но не более 1 л) и просят не мочиться до появления позывов к мочеиспусканию, когда и проводят УЗИ, повторное исследование с целью оценки функционального исследования мочевого пузыря, осуществляют после его полного опорожнения.

Доврачебная помощь при острой задержке мочи. Острая задержка мочи характеризуется наличием мучительных позывов к мочеиспусканию при отсутствии мочеиспускания в течение 12 ч, болезненностью в надлобковой области, выраженным беспокойством ребёнка. При пальпации или перкуссии живота определяется увеличенный мочевой пузырь, дно которого может значительно выступать над лоном. Анурия - отсутствие мочи вследствие нарушений мочеобразования (поражение клубочков), либо обтурации мочевых путей выше, например, опухолевым процессом. В последнем случае у больного отсутствуют позывы к мочеиспусканию, а при проведении катетеризации мочевого пузыря получают малые порции мочи.

Тактика медицинской сестры при острой задержке мочи:

- оповещение о происходящем лечащего врача, который решает вопросы о катетеризации или пункции мочевого пузыря, назначении медикаментозного лечения;
- проведение манипуляций, направленных на опорожнение мочевого пузыря: попытка вызвать рефлекс на мочеиспускание в ответ на звук вытекающей из крана воды; прикладывание тёплой грелки на низ живота; тёплые ванны.

Почечная колика сопровождается нарушением продвижения мочи по мочевым путям из лоханки вследствие наличия какого-либо препятствия: камни, конгломераты кристаллов солей, перегиб мочеточника и т.д. При этом доврачебная помощь заключается в проведении тепловых процедур (горячие компрессы и грелки на область поясницы), общие горячие ванны, если нет противопоказаний. Обязательно вызывают врача.

Вопросы для самоподготовки.

1. Основные симптомы, характерные для поражения мочевой системы.
2. Особенности режима и соблюдение личной гигиены при различной патологии мочевыделительной системы.
3. Особенности ухода за детьми, страдающими энурезом, отёками, инфекционными заболеваниями органов мочевой системы, почечной недостаточностью.
4. Особенности диеты у детей с патологией почек.
5. Правила измерения суточного диуреза.
6. Правила сбора мочи для общего анализа, пробы по Нечипоренко. Особенности сбора мочи у детей грудного возраста.
7. Понятие суточного ритма спонтанных мочеиспусканий и методика его учёта.
8. Методика забора мочи для бактериологического исследования.
9. Цель и правила проведения пробы по Зимницкому.
10. Цель и правила проведения пробы Реберга.
11. Цель проведения экскреторной урографии и техника подготовки к данному исследованию.
12. Техника подготовки к УЗИ почек, мочевого пузыря.
13. Клинические признаки острой задержки мочи и оказание доврачебной помощи при ней.
14. Помощь больному при почечной колике.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных вариантов ответов

1. ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ, НАЗНАЧАЮТ ИССЛЕДОВАНИЕ
 - 1) общий анализ мочи
 - 2) проба по Нечипоренко
 - 3) посев мочи на стерильность
 - 4) проба Зимницкого
 - 5) проба Реберга
2. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ОТЕКОВ ВАЖНО
 - 1) собрать общий анализ мочи
 - 2) срочно вызвать врача
 - 3) осуществлять учет диуреза
 - 4) измерить артериальное давление
 - 5) провести гигиеническую ванну
3. ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМ ЭНУРЕЗОМ НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНО
 - 1) осуществлять гигиенические процедуры
 - 2) измерять артериальное давление
 - 3) измерять диурез
 - 4) осуществлять подсчет мочеиспусканий в течение суток
 - 5) собирать общий анализ мочи
4. ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С НЕФРИТАМИ ВАЖНЫМ СОСТАВЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) осуществление частых гигиенических процедур
 - 2) учет диуреза
 - 3) контроль пульса
 - 4) определение ритма суточных мочеиспусканий
 - 5) измерение артериального давления
5. ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ РЕКОМЕНДУЮТ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ
 - 1) циститом
 - 2) энурезом
 - 3) нефритом
 - 4) почечной коликой
 - 5) обменной нефропатией
6. ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ВЕЧЕРНИЕ ЧАСЫ ВАЖНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ
 - 1) циститом
 - 2) пиелонефритом
 - 3) обменной нефропатией
 - 4) почечной недостаточностью
 - 5) энурезом
7. ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) вызов врача
 - 2) гигиеническая ванна
 - 3) тепловые процедуры
 - 4) применение щелочных минеральных вод
 - 5) ограничение жидкости
8. У РЕБЕНКА С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ УХОДА ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ
 - 1) регулярные гигиенические процедуры

- 2) регулярная смена нательного и постельного белья
- 3) учет диуреза
- 4) измерение артериального давления
- 5) определение ритма суточных мочеиспусканий

9. ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ НЕОБХОДИМО

- 1) определить частоту пульса
- 2) срочно вызвать врача
- 3) положить теплую грелку на область лобка
- 4) измерить артериальное давление
- 5) вывести мочу мочевым катетером

10. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ РЕБЕНКУ ПРОВОДЯТ

- 1) общий анализ мочи
- 2) пробу Нечипоренко
- 3) ритм суточных мочеиспусканий
- 4) исследование мочи на микрофлору
- 5) оценку диуреза

Эталоны ответов: 1-3; 2-3; 3-3; 4-2,3,5; 5-3; 6-5; 7-1,3; 8-1,2,3,4; 9-2,3,5; 10-3.

4.6. Подготовка детей к оперативному вмешательству. Уход за хирургическими больными после операции

Изучив данную тему, студент должен **знать:**

- алгоритм предоперационной подготовки детей;
- виды операций по срочности;
- принципы подготовки детей к экстренным, плановым операциям;
- принципы работы отделения реанимации и интенсивной терапии;
- назначение и устройство функциональной кровати;
- осложнения, возникающие в послеоперационном периоде;
- признаки наружного кровотечения;
- роль младшего персонала при проведении реанимационных мероприятий;
- правила кормления детей в послеоперационном периоде.

Студент должен **уметь:**

- осуществить кормление больного после оперативного вмешательства;
- перекладывать больного с каталки на кровать, операционный стол и обратно;
- фиксировать детей различного возраста на операционном столе и в кровати;
- подготовить функциональную кровать, кювез;
- оказать помощь при наружном кровотечении: наложить резиновый жгут, давящую повязку, прижать артерию пальцем;
- оказать помощь при рвоте;
- оказать помощь в проведении реанимационных мероприятиях;
- приготовить раствор для промывания желудка (2% р-р. гидрокарбоната натрия, 1% р-р. лимонной кислоты и др.).

Краткое изложение теоретического материала.

Большинство детей, поступающих в хирургический стационар, нуждаются в оперативном лечении. С момента поступления начинается предоперационный период, в течение которого усилия направлены на уменьшение риска операции, предупреждение осложнений, увеличение вероятности положительного исхода. Продолжительность его бывает различной, что зависит от характера заболевания, тяжести состояния больного, срочности операции. Основные задачи предоперационного периода: 1) установить диагноз;

2) определить показания, сроки выполнения и объем операции; 3) подготовить больного к операции.

Установив диагноз хирургического заболевания, следует выполнить в определенной последовательности основные действия, обеспечивающие подготовку ребенка к операции:

- определить показания и сроки выполнения операции, выяснить противопоказания;
- провести дополнительные клинические, лабораторные и диагностические исследования с целью выяснения состояния жизненно важных органов и систем;
- провести психологическую подготовку ребенка к операции;
- осуществить подготовку органов, коррекцию нарушений систем гомеостаза;
- провести профилактику эндогенной инфекции;
- выбрать метод обезболивания, провести медикаментозную подготовку;
- осуществить предварительную подготовку операционного поля;
- транспортировать больного в операционную;
- уложить больного на операционный стол.

По срокам исполнения различают следующие виды операций: 1) экстренные операции - проводятся немедленно или в ближайшие часы с момента поступления больного в хирургическое отделение; 2) срочные - осуществляются в ближайшие дни после поступления больного; 3) плановые операции - выполняются в плановом порядке, сроки их выполнения не ограничены.

Сроки выполнения операций определяются показаниями, которые могут быть жизненными, абсолютными и относительными. При относительных показаниях к операции и наличии болезней, увеличивающих риск операции, оперативное вмешательство откладывается и проводится лечение сопутствующих заболеваний соответствующими специалистами. При операции по жизненным показаниям предоперационная подготовка минимальная и проводится в течение нескольких минут-часов.

Общая подготовка детей к плановым операциям.

Больных с такими хирургическими заболеваниями, как пупочная, паховая грыжа, крипторхизм, водянка оболочек яичка и т.п. оперируют на следующий день после госпитализации. Все необходимые лабораторные исследования проводятся в поликлинике по месту жительства непосредственно перед госпитализацией. К основным предоперационным исследованиям относятся: измерение роста и массы тела ребенка, осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, определение артериального давления и частоты сердечных сокращений, клинические анализы крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора, исследование показателей свертывания крови, взятие крови на маркеры парентеральных гепатитов, ВИЧ-инфекции, ЭКГ, по показаниям - рентгеноскопия/графия органов грудной клетки. Существует ряд специфических исследований, элементов подготовки, определяющихся характером оперативного вмешательства, особенностями состояния здоровья ребенка на момент операции и в анамнезе. Некоторым пациентам под контролем биохимических показателей крови назначают комплекс лечебных мероприятий, в который входят: рациональное и усиленное питание, переливание компонентов крови и кровезаменителей, назначение витаминов, аминокислот, лечебная физкультура и др. Об эффективности судят по изменению общего состояния, динамики массы тела.

Немаловажное значение имеет психологическая подготовка ребенка к операции. Дети, поступающие на оперативное лечение, испытывают большую физическую и нервно-психическую нагрузку. Роль сестры в этом вопросе переоценить трудно. Нельзя обманывать ребенка, употреблять устрашающие слова и угрозы. Необходимо информировать врача о страхе и негативном отношении ребенка к операции. Дети старшего возраста осознают необходимость операции и обмениваются информацией со сверстниками, поэтому скрывать этот факт от них не имеет смысла. Дети же дошкольного возраста не понимают необ-

ходимости выполнения им операции. Они боятся любой боли и негативно реагируют на незнакомое слово "операция", поэтому заранее сообщать им об этом не надо. Лучше успокоить и в виде игры объяснить, зачем его повезут в другое отделение или помещение. Хорошо действует такая фраза: "Тебя сейчас повезут в сказочную комнату, где ты увидишь большую лампу-солнце. Тебя положат на стол и погреют животик". Перед операцией на ночь детям, испытывающим страх, назначают снотворные, успокаивающие препараты.

Накануне операции назначается гигиеническая ванна со сменой постельного белья, у детей старшего возраста при необходимости - бритье волос в области оперативного вмешательства.

Подготовка детей к операции при урологических заболеваниях.

В урологическом отделении находятся дети с заболеваниями и врожденными пороками развития почек, мочеточников, мочевого пузыря. Подготовка больного к операции во многом зависит от точности сбора крови, мочи и качества подготовки.

Больным с мочевыми свищами и недержанием мочи делают ежедневные гигиенические ванны на ночь или в сон-час, несколько раз в день выполняют подмывание теплым раствором перманганата калия. При явлениях мочевого дерматита вокруг свища или на промежности и внутренних поверхностях бедер осуществляют УФО кожи, обрабатывают её цинковой мазью.

Подготовка детей к торакальным операциям.

Дети с заболеваниями органов грудной клетки (легких, плевры, пищевода), госпитализируются в профильные хирургические отделения. У этих пациентов наряду с клиническими способами исследования широко распространены инструментальные методы диагностики. Среди них наиболее важными являются: бронхография, бронхоскопия, компьютерная томография, радионуклидная диагностика, исследование функции внешнего дыхания и газообмена. Указанные методы позволяют уточнить характер и объём патологических изменений в легких. Медицинская сестра должна иметь представление об этих методах исследования, так как она непосредственно готовит ребёнка к обследованию.

Подготовка детей к гастроэнтерологическим операциям.

Операции на желудочно-кишечном тракте требуют особых предоперационных мероприятий, которые должны быть направлены, прежде всего, на полное опорожнение кишечника, нормализацию его биоценоза и общего гомеостаза организма. Операции на желудке и тонком кишечнике у детей выполняют чаще по поводу спаечной болезни, различных пороков развития, реже - в связи с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, портальной гипертензии, болезни Крона и т.д. При подготовке таких больных особое внимание обращается на потери жидкости и электролитов (рвота, отделяемое по желудочному зонду, жидкий стул, выделения по кишечному свищу и т.д.), их коррекцию. Для этого необходим строгий учет выделений - приблизительный подсчет недопустим. Основными методами учета потерь являются объемный и весовой.

Наиболее распространенные операции на толстой кишке выполняются по поводу острого воспаления в червеобразном отростке, пороков развития кишечника и аноректальной зоны. Особое значение у таких больных имеет подготовка толстой кишки. Необходимо пунктуально выполнять предписанный режим: диета, очистительная или сифонная клизма, прием сорбентов и слабительных. Накануне вечером и утром в день операции делают по 2-3 очистительные клизмы подряд (до чистой воды). Для полного опорожнения кишечника после клизмы в просвет прямой кишки на 20-30 мин. вводят газоотводную трубку. Утром ребенка не кормят и не поят. За 30-40 минут до операции проводят медикаментозную подготовку, назначенную врачом.

Особую группу пациентов составляют новорожденные дети с различными пороками развития и гнойно-септическими заболеваниями. У младенца следует очень серьезно от-

носиться к самым незначительным гнойничкам, ибо они могут послужить причиной развития сепсиса и привести к летальному исходу. Строгое и неукоснительное соблюдение санитарно-гигиенического режима персоналом - залог профилактики гнойных осложнений. Кроме того, незрелость всех органов и систем новорожденного становится причиной нарушений терморегуляции, гомеостаза и пр., что может привести к тяжелым осложнениям во время проведения операций и в раннем послеоперационном периоде. Так новорожденный чрезвычайно быстро охлаждается, что заставляет соблюдать ряд правил во время транспортировки в операционную, выполнения операции, направленных на создание и поддержание адекватных для такого больного условий среды (температура, влажность). Благоприятные условия для новорожденного в до- и послеоперационном периоде создаются с помощью кювета - специальной прозрачной камеры, внутри которой поддерживаются постоянные оптимальные температура и влажность.

Подготовка детей к экстренным операциям.

К экстренной операции ребенка готовят в самый короткий срок. В приемном отделении проводят полную или частичную санитарную обработку. В число необходимых исследований входит: измерение температуры тела, пульса, артериального давления, определение группы крови и резус-фактора, общий анализ крови, определение гематокрита, общий анализ мочи. По показаниям выполняются рентгенологическое обследование необходимого органа, исследование биохимических показателей крови и мочи, коагулограмма (исследование показателей свертываемости крови). Если после приема пищи прошло мало времени, больному выполняют зондирование желудка с эвакуацией его содержимого. Пренебрежение к этой манипуляции может стать причиной аспирации рвотных масс и остановки дыхания во время операции.

Особое внимание заслуживают больные с наружным кровотечением. Уже в приемном отделении необходимо срочно принять меры по временной остановке кровотечения: накладывают жгут или стерильную давящую повязку, измеряют артериальное давление, пульс, определяют гемоглобин, гематокрит, группу крови и резус фактор. При значительной кровопотере срочно делают внутривенное вливание кровезаменителей, ребенка немедленно доставляют в операционную. При внутреннем кровотечении кладут пузырь со льдом на область желудка, низ живота, грудь и т.п. Всем этим пациентам, как правило, необходима срочная хирургическая помощь.

Выхаживание больных после операции - очень важный и ответственный этап хирургического лечения. В целях обеспечения оптимальных условий содержания послеоперационных больных и работы медицинского персонала созданы специализированные послеоперационные отделения (палаты) называемые отделениями реанимации и интенсивной терапии.

Послеоперационный период начинается с того момента, когда хирург завязал последний шов и наложил на рану повязку. Несмотря на различия, обусловленные состоянием послеоперационных больных, спецификой хирургических вмешательств и пр., существуют определенные общие правила в работе сестры любого послеоперационного отделения:

- тщательное выполнение назначений врача;
- регулярное измерение температуры тела, артериального давления, частоты пульса, дыхания;
- регистрация количества выделенной жидкости и жидкости введенной внутривенно и выпитой ребенком;
- регистрация частоты и характера стула;
- регулярная проверка повязки;
- фиксация малейших отклонений в состоянии больного и ведение специальной карты;
- оказание срочной доврачебной помощи при возникновении осложнений: кровотечение, остановка сердца, дыхания.

Дети тяжелее взрослых переносят боль, необходимость принимать вынужденное положение, наличие катетеров и зондов, поэтому приходится фиксировать больного в постели. Для этого используются специальные манжеты (фиксаторы) или ватно-марлевые "веревки". Фиксация ни в коем случае не должна быть грубой, тугой. Между кожей и манжетой должен проходить палец.

В первые часы после операции у ребенка может возникнуть рвота как реакция на наркоз. При первых же позывах к рвоте следует повернуть голову пациента набок, подставить лоток, а после извержения рвотных масс тщательно протереть ротовую полость стерильной марлевой салфеткой, приготовленной заранее, или санировать содержимое электроотсосом. Так как рвота может быть неоднократной, то наблюдение необходимо проводить до полного пробуждения. В ближайшем послеоперационном периоде большое значение имеет обезболивание ребенка, которое проводится строго по назначениям врача.

После операции больные испытывают сильную жажду. Пить ребенку можно только с разрешения врача в указанном количестве. Если прием жидкости через рот запрещен, проводится внутривенное введение растворов.

Особо следует обратить внимание на общий гигиенический уход за больным. Необходимо регулярно проводить обтирание тела, подмывания, грудным детям менять пеленки, следить за кожей, чтобы не появились пролежни у тяжелобольных детей. Помимо общих требований существуют и особенности, характерные для различных видов оперативных вмешательств.

Общими объективными признаками кровотечения являются: бледная, влажная с сероватым оттенком кожа, бледные слизистые оболочки, осунувшееся лицо, запавшие глаза, изменение сознания, учащение пульса, слабое наполнение, снижение АД, учащение дыхания. Субъективно - головокружение, слабость, потемнение в глазах, жажда, тошнота.

Необходимые действия:

- немедленно вызвать врача к больному;
- придать больному строго горизонтальное положение;
- измерить артериальное давление, пульс;
- применить временные методы остановки кровотечения.

Жгут накладывают на мягкую прокладку (полотенце, платок). Во внебольничных условиях жгутом может служить резиновая трубка, ремень, веревка и т.д. Жгут растягивают и, обернув несколько раз выше раны при артериальном кровотечении, ниже раны - при венозном, прочно затягивают до исчезновения пульса на периферических артериях. Время нахождения жгута ограничено и зависит от температуры окружающей среды. В более холодных условиях срок нахождения жгута более короткий. Следует, однако, помнить, что слишком затянутый жгут может повредить нервы и вызвать параличи. Кроме того, для остановки кровотечения не рекомендуется использовать жгут у детей раннего возраста - для этого достаточно наложить давящую повязку. К временным и простым методам остановки кровотечения относятся: наложение давящей повязки, придание конечности возвышенного положения, максимальное сгибание конечности в суставе, тугое бинтование конечности, пальцевое прижатие артерии к твердой основе (кость) выше раны.

В хирургических отделениях больным назначают лечебные диеты с учетом проведенной операции. Установлено пятиразовое питание, а при необходимости - чаще. После операций на желудочно-кишечном тракте иногда в первые сутки осуществляется парентеральное питание: препараты, содержащие белки, соли, углеводы, жиры и аминокислоты вводятся внутривенно. После восстановления функции кишечника со 2-3 дня назначают голод, затем диету постепенно расширяют, учитывая при необходимости принципы механического, термического, химического, количественного щажения до полноценного питания. У тяжелобольных питание может осуществляться через зонд, гастро- или энтеростому, с помощью клизм.

Особые трудности возникают при уходе за больными с противоестественным задним проходом, когда кишку подшивают к отверстию на передней брюшной стенке. Поэтому искусственно созданному "заднему проходу" отходят каловые массы, газы, которые вызывают раздражение кожи вокруг. Во избежание мацерации кожу обрабатывают различными пастами (цинковой), различными специализированными мазями, покрывают защитными пленками, используют калоприемники.

При недержании мочи и кала используют памперсы.

Для профилактики гнойных осложнений в отделении очень строго соблюдается санитарно-эпидемиологический режим, неукоснительно выполняются требования асептики и антисептики. Особое значение придается чистоте рук медицинского персонала. Нельзя подходить к больному, не обработав предварительно руки дезинфицирующим раствором, не надев резиновых медицинских перчаток. Предметы ухода за больными должны быть индивидуальными, регулярно стерилизоваться и храниться на специальном столике или тумбочке в его боксе.

Вопросы для самоподготовки.

1. Принципы предоперационной подготовки детей.
2. Виды оперативных вмешательств по срокам проведения.
3. Особенности предоперационной подготовки детей к плановым операциям (при урологической патологии, торакальных и гастроэнтерологических операциях, в отделении патологии новорожденных).
4. Подготовка детей к экстренным операциям.
5. Методы остановки наружных кровотечений.
6. Общие принципы ухода за больными после операции.
7. Техника фиксации больного в постели.
8. Доврачебная помощь при рвоте в раннем послеоперационном периоде.
9. Особенности питания больных после операции на кишечнике.
10. Уход за больными с недержанием мочи и кала.
11. Техника ухода за кишечной стомой.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных вариантов ответов:

1. **ДЕЙСТВИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ**
 - 1) немедленно вызвать врача к больному
 - 2) придать больному строго горизонтальное положение
 - 3) измерить артериальное давление, пульс
 - 4) применить временные методы остановки кровотечения
 - 5) все перечисленное верно
2. **ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЮТСЯ**
 - 1) определение сроков выполнения и объема операции
 - 2) установление диагноза
 - 3) определение показаний к оперативному вмешательству
 - 4) составление генеалогического древа
 - 5) психологическая подготовка ребенка
3. **ОБЩИМИ ОБЪЕКТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ**
 - 1) бледность кожных покровов и слизистых оболочек
 - 2) рвота
 - 3) сыпь на коже

- 4) снижение АД
 - 5) слабое наполнение пульса
4. ПРИЗНАКАМИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) кровь ярко-красного, алого цвета
 - 2) кровь темно-красного цвета
 - 3) выбрасывается струей
 - 4) струя вытекает толчками, иногда совпадает с пульсом
 - 5) вытекает равномерной струей с большой скоростью
5. ПРИЗНАКАМИ ВЕНОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) кровь ярко-красного, алого цвета
 - 2) кровь темно-красного цвета
 - 3) выбрасывается струей
 - 4) струя вытекает толчками, иногда совпадает с пульсом
 - 5) вытекает равномерной струей с большой скоростью
6. СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ
- 1) прижатие сосуда в ране
 - 2) ушивание сосуда в ране
 - 3) наложение жгута
 - 4) наложение давящей повязки
 - 5) все перечисленное верно
7. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ БОЛЬНОМУ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РВОТЕ
- 1) фиксация больного в кровати
 - 2) поворот головы пациента набок
 - 3) подставка лотка перед лицом пациента
 - 4) обработка ротовой полости - протереть стерильной марлевой салфеткой или санировать содержимое электроотсосом
 - 5) измерение артериального давления
8. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ
- 1) измерение температуры тела измерение пульса, артериального давления, определение
 - 2) исследование функции внешнего дыхания
 - 3) определение группы крови и резус-фактора
 - 4) исследование кала на кишечную группу
 - 5) рентгенография органов грудной клетки
9. К МЕРОПРИЯТИЯМ, ПРОВОДЯЩИМИСЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ, ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) подготовка операционного поля
 - 2) транспортировка больного в операционную
 - 3) укладывание больного на операционный стол
 - 4) электрокардиография
 - 5) психологическая поддержка
10. К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ
- 1) гипертермия
 - 2) задержка мочи
 - 3) остановка дыхания
 - 4) гнойно-септические осложнения
 - 5) все перечисленное верно

Эталонные ответы: 1-5; 2-1,2,3,5; 3-1,4,5; 4-1,3,4; 5-2,5; 6-1,3,4; 7-2,3,4; 8-1,3; 9-2,3,5; 10-1,2,3

4.7. Уход за травматологическими и ортопедическими больными

Закончив изучение темы, студент должен **знать**:

- организацию работы ортопедотравматологического отделения;
- понятие о функциональных кроватях, в т.ч. травматологических;
- особенности приема больного ребенка с травмой в стационар;
- правила транспортировки ребенка, получившего травму;
- выявление и предупреждение пролежней;
- оснащение и организацию работы гипсовой комнаты;
- технику наложения гипсовых повязок.

Студент должен **уметь**:

- пользоваться функциональной кроватью;
- провести санитарную обработку ребенка с травмой;
- транспортировать ребенка с травмой в отделение или операционную;
- выявлять и предупреждать пролежни;
- проводить смену белья детям, находящимся на вытяжении;
- оценить качество гипса;
- оказать помощь при наложении гипсовой повязки.

Краткое изложение теоретического материала.

Оказание медицинской помощи ортопедическим и травматологическим больным, требующим стационарного лечения, проводится в ортопедотравматологическом отделении.

Помещение отделения должно быть просторным, при этом палаты расположены на южной стороне, с хорошим освещением и вентиляцией. Ширина коридора не менее 4 м. Количество коек определяется таким образом, чтобы на каждого больного приходилось 5-7 м² площади и 30 м³ воздуха (при высоте потолка не менее 3,5 м). Наиболее оптимальное число коек в палате не более 4. Покрытия стен, потолка и пола должны легко мыться и быть устойчивыми к обработке дезинфектантами.

Палаты не должны содержать лишней мебели, а функциональные кровати устанавливаются таким образом, чтобы подход к больному был свободным со всех сторон, особенно если пациенту наложено скелетное вытяжение.

Существуют различные виды медицинских функциональных кроватей, обеспечивающих комфортное пребывание тяжелого больного, а также адекватный уход персонала за ним. Такие кровати, как правило, состоят из 2-3 секций, которые меняют свое положение в 1-2 плоскостях за счет механического или гидравлического привода. Кроме этого имеются дополнительные приспособления, которые облегчают уход за больным: боковые ограждения, опорные дуги, фиксаторы, полка для судна, столики для приема пищи и т.д. Кровати для ортопедотравматологического отделения снабжены специальными направляющими, к которым крепится аппаратура для вытяжения, для проведения ЛФК. При отсутствии специальных кроватей можно использовать кровати с жесткими металлическими поперечными полосами, на которые укладывается матрац, или обычную кровать, на которую под матрац кладут щит из дерева. Простыни должны быть широкими, чтобы предупредить сползание с кровати.

Медицинский персонал должен следить, чтобы на постели не было складок, рубцов, т.к. все это может привести к местному нарушению кровообращения и образованию пролежней. Рядом с кроватью ставят прикроватный столик с кнопками для вызова персонала: кроме световой, должна быть и звуковая сигнализация.

Кроме палат и вспомогательных помещений, в отделении размещены перевязочная, гипсовочная, рядом должны быть операционная, рентгеновский и ЛФК кабинеты.

В ортопедотравматологическом отделении медицинская сестра выполняет главное - уход за больными. Медицинская сестра выполняет все назначения - она не только раздает лекарства, но и увеличивает или уменьшает груз (по назначению врача), следит за состоя-

нием системы вытяжения, гипсовых повязок и открытых частей конечностей в повязках. Кроме этого большое значение имеет контроль над деятельностью всех органов и систем больного (дыхание, кровообращение, мочевыделение).

В ночную смену помощник медсестры непрерывно наблюдает как за общим состоянием больных, особенно тяжелых, так и за состоянием поврежденной конечности, системой вытяжения и гипсовыми повязками. Важным в уходе за травматологическими и ортопедическими больными является гигиенический уход.

Детей с травмами обычно доставляют в стационар экстренно машиной скорой помощи, реже больных направляют из поликлиники, еще реже они поступают самостоятельно. В приемном отделении ребенок осматривается врачом, ему выполняются необходимые диагностические мероприятия, проводится санитарная обработка.

Санитарная обработка ребенка, получившего травму, иногда бывает очень сложной, особенно при переломах позвоночника, бедра, обширных открытых повреждениях. Вопрос о необходимости санитарной обработки и её способе решает врач после осмотра. Категорически запрещается мыть больных с повреждением костей черепа, позвоночника, таза. Допускается лишь частичное обтирание открытых частей тела влажной мочалкой или губкой, а также стрижка ногтей.

Доставленного ребенка нужно осторожно раздеть, чтобы не причинить ему дополнительной травмы. Для этого вначале снимают одежду с неповрежденной конечности, а затем обнажают всего больного. Если это сделать невозможно, то одежду по шву разрезают ножницами. Больных детей с тяжелыми травмами (перелом костей таза, переломы бедер и др. костей) обрабатывают на специальном щите из дерева или пластика, который устанавливают на ванну (размер щита должен соответствовать ванне). В щите должны быть отверстия для стока воды и 2 фиксатора, удерживающие щит над ванной. Во время мытья необходимо тщательно следить за общим состоянием больного.

По окончании обработки и всех диагностических мероприятий больной транспортируется в отделение, как правило, на носилках. Носилки с тяжелым травматологическим больным в палату или в операционную несут два или четыре человека. При отсутствии лифта по лестнице больного поднимают на носилках головой вперед, причем идущие сзади должны поднять ножной конец носилок так, чтобы больной сохранял горизонтальное положение, а при спуске больного необходимо положить ногами вперед, приподнимая ножной конец носилок. При перекладывании тяжелобольных с носилок на постель нужно соблюдать следующие правила: носилки ставят параллельно кровати; в перемещении больного ребенка участвуют 2-4 человека, все их действия осуществляются по команде одного одновременно; при перемещении ребенка необходимо соблюдать ось безопасности (голова, шея, торс, таз), а при повреждении конечности - она фиксируется отдельно. В каждом отдельном случае особенности транспортировки и перекладывания пациента определяет врач.

Необходимо соблюдать особую осторожность при транспортировке и перекладывании больных с травмами черепа, которые относят к тяжелым, жизнеопасным повреждениям. Транспортировка больных с переломами позвоночника требует от медицинской сестры и помощников большого внимания, так как всегда имеется опасность повреждения вещества спинного мозга смещающимися отломками позвонков, его разрыва или сдавления. В том же случае, когда отломки не смещены, всякое дополнительное повреждение позвоночника опасно тем, что может привести к их позднему смещению или кровоизлиянию в мозговые оболочки и толщу вещества спинного мозга. В этих случаях чрезвычайно важно бережно транспортировать больного в горизонтальном положении на жесткой поверхности.

В зависимости от уровня повреждения положение больного при транспортировке может отличаться, что определяет врач. При повреждении грудного и поясничного отделов позвоночника помощники укладывают больного на жесткую каталку-носилки животом вниз с невысокой подушкой под головой. При переломе шейного отдела позвоночника больно-

го транспортируют на спине, с фиксацией головы и шеи специальным воротником, при этом голову несколько запрокидывают. Усаживать такого больного, самостоятельно двигаться и поворачиваться ему нельзя!!!

Транспортировка больных с переломами костей таза осуществляется бережно на жестких носилках в положении на спине с полусогнутыми и разведенными нижними конечностями ("положение лягушки"), под коленные суставы подкладывают валики.

Значительная часть травмированных пациентов длительное время вынуждены находиться в одном и том же положении на жесткой поверхности больничной кровати, что в сочетании с нарушением кровообращения может стать причиной развития пролежней. Большинство современных функциональных кроватей снабжено специальными матрацами, которые обладают свойством исключать избыточное давление на выступающие части тела больного, как одного из основных факторов патогенеза развития пролежня. Чаще всего пролежни формируются на крестце, лопатках, пятках. Развитие пролежней происходит в такой последовательности: покраснение кожи сменяется синюшностью и шелушением, формируется участок сухого некроза, кожа и подкожная клетчатка воспаляются, отторгаются - образуется вялогранулирующая рана. Опасность пролежней заключается не только в повреждении кожных покровов, но и в том, что они являются входными воротами для инфекции.

Предупредить пролежни можно следующим образом:

- чаще осматривать и поворачивать больных в гипсовых повязках на живот для туалета кожи в области крестца, ягодиц, отдыха мягких тканей от давления гипсовой повязки;
- протирать камфорным спиртом участки кожи, подвергающиеся давлению от длительного пребывания в горизонтальном и ином положении на вытяжении, в гипсовой повязке.

Детям, которым используется скелетное вытяжение, а также при переломах позвоночника подкладывается резиновый круг, наполненный воздухом, под ягодицы.

Для лечения пролежней используются мази, в составе которых имеются антисептики и стимуляторы заживления.

Постельное и нательное белье следует менять не реже одного раза в 10 дней. Детей, находящихся на вытяжении, поднимают на руках: слегка приподнимая ногу больного, скатывают грязную простыню к ягодицам, а на ее место расстилают чистую. После этого приподнимают туловище и быстро заканчивают смену белья.

Работая в ортопедотравматологическом отделении необходимо знать общие правила гипсовой техники, как наиболее частого вида иммобилизации. Медицинская сестра - гипсовый техник со специальной подготовкой и квалификацией. Она отвечает за обеспечение кабинета необходимым материалом: гипс, бинты различной ширины, рейки из дерева; инструментарием: ножи, пилы, ножницы, щипцы; оборудование: гипсовальный стол, мебель, эмалированные тазы, клеенчатые подушки, клеенка.

В острый период травмы (10-14 дней) не применяют циркулярные повязки - это может привести к нарушению кровообращения, венозному застою, гангрене, накладывают мягкие лангеты. Необходим тщательный уход за повязкой.

В гипсовой комнате должна быть горячая и холодная вода, гипсоулавливатель. Прочность гипсовой повязки любого вида зависит от качества гипса.

Для определения качества гипса используется проба: 5 частей гипса нужно смешать с 3 частями воды и из образовавшейся густой массы сделать шарик; когда он затвердеет, его с силой бросают на пол - если шарик остается целым, то гипс хороший.

Хранится гипс в сухом помещении в хорошо закрытых бочках, или бумажных мешках.

Гипсовые бинты готовят на специальном столе, высота которого 95 см, длина - 100 см, ширина - 55 см, края его с трех сторон обнесены бортиками высотой 4 см (чтобы гипс не сыпался на пол).

Для выполнения гипсовых работ необходимо иметь: 1) ножницы Штиле; 2) ножницы для разрезания мягкого материала; 3) пилы Энгеля для рассечения гипсовой повязки;

5) гипсодержатель; 6) щипцы Вольфа; 7) для наложения гипсовых тазобедренных повязок - тазодержатель Тохта.

Замачивание гипсовых бинтов производится в тазу, наполненном водой комнатной температуры. Бинты, опущенные в таз с водой, должны быть полностью ею покрыты, при этом нужно выждать 1-2 мин., пока из воды не перестанут выделяться пузырьки воздуха. После этого обеими руками захватывают промокшие бинты и слегка отжимают.

При фиксации сегментов конечностей следует придерживаться следующих рекомендаций:

- при фиксации тазобедренного сустава выгодным положением является установка бедра в сгибании под углом 160-165°, ось конечностей должна быть правильной;
- при фиксации коленного сустава наиболее выгодным положением является сгибание под углом 170°, с устранением боковых и задних смещений голени;
- при фиксации плечевого сустава наиболее выгодным является отведение руки под углом 70-75°, с передним отклонением от фронтальной плоскости под углом 30-35°, и наружной разницей в 45° по отношению к горизонтальной плоскости.

При наложении гипсовой повязки необходимо тонким слоем ваты покрыть костные выступы. После наложения гипсовой повязки конечность оставляют открытой до затвердения гипса. Закончив наложение гипсовой повязки, на ней пастой пишут дату наложения. Переносить больного со стола и транспортировать в палату можно после того, как повязка совсем затвердеет. Для ускорения высыхания гипсовой повязки используют различные мягкие источники тепла - лампу накаливания, фен и т.п.

В настоящее время существуют полимерные фиксирующие бинты (повязки), которые имеют значительные преимущества по сравнению с гипсом (они легче, кожа под ними "дышит", в них можно мыться и т.д.).

Кроме того, в ортопедотравматологических отделениях широко используются аппараты внеочагового остеосинтеза, такие как аппарат Илизарова. В аппаратах, наложенных на нижние конечности, дети могут ходить при помощи костылей. Для удобства передвижения, сохранения стерильности в области спиц и исключения повреждения одежды аппарат покрывают чехлом из плотной материи.

Вопросы для самоподготовки:

1. Структура и функции ортопедотравматологического отделения, его оснащенность.
2. Понятие о функциональной кровати, её устройство.
3. Правила транспортировки больных ортопедотравматологического профиля в палату, в операционную.
4. Оснащение гипсовой комнаты. Определение качества гипса.
5. Методика наложения гипсовой повязки.
6. Особенности ухода за тяжелыми больными в отделении ортопедии и травматологии.
7. Выявление и профилактика пролежней у тяжелых больных.
8. Обработка кожи при выявлении пролежней.
9. Смена постельного белья у ребенка с травмой позвоночника.
10. Смена постельного белья у ребенка, находящегося на скелетном вытяжении, с травмой бедра.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных вариантов ответов:

1. ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ

- 1) по типу "зеленой веточки"
- 2) по типу "березовой коры"
- 3) по типу "ивового прута"

4) поднадкостничный перелом

5) по типу "дедушкиной трости"

2. ЭТАПАМИ РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) покраснение кожи сменяется

2) гиперпигментация

3) синюшность и шелушение

4) сухой некроз

5) вялогранулирующая рана

3. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1) на жесткой каталке-носилках животом вниз с невысокой подушкой под головой

2) на спине, с фиксацией головы и шеи специальным воротником, запрокинув голову назад

3) на жестких носилках в положении на спине с полусогнутыми и разведенными нижними конечностями в "положении лягушки" с подложенными под коленные суставы валиками

4) на кресле-каталке

5) на скрещенных руках в положении сидя

4. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1) на жесткой каталке-носилках животом вниз с невысокой подушкой под головой

2) на спине, с фиксацией головы и шеи специальным воротником, запрокинув голову назад

3) на жестких носилках в положении на спине с полусогнутыми и разведенными нижними конечностями в "положении лягушки" с подложенными под коленные суставы валиками

4) на кресле-каталке

5) на скрещенных руках в положении сидя

5. ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1) на жесткой каталке-носилках животом вниз с невысокой подушкой под головой

2) на спине, с фиксацией головы и шеи специальным воротником, запрокинув голову назад

3) на жестких носилках в положении на спине с полусогнутыми и разведенными нижними конечностями в "положении лягушки" с подложенными под коленные суставы валиками

4) на кресле-каталке

5) на скрещенных руках в положении сидя

6. УШИБОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) открытое повреждение кожи или слизистых оболочек

2) повреждение кости

3) закрытое механическое повреждение мягких тканей или органов без нарушения их анатомической целостности

4) повреждение крупного сосуда

5) длительная компрессия какого-либо участка организма

7. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УШИБАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СОСТОИТ В ...

1) нанесении противовоспалительной мази на участок повреждения

2) прикладывании холодного предмета к месту повреждения

3) прикладывании теплого предмета к месту повреждения

4) наложении жгута

5) кратковременной иммобилизации

8. В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ, ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) прикладывание теплой грелки к месту возможного появления пролежня
 - 2) обработку "угрожаемых" участков камфорным спиртом
 - 3) прикладывание холода к месту возможного появления пролежня
 - 4) использование специальных предметов, уменьшающих давление на кожу
 - 5) смену положения тела, конечностей
9. ПРОЛЕЖНИ ЧАЩЕ ОБРАЗУЮТСЯ В ОБЛАСТЯХ
- 1) лопаточной
 - 2) височной
 - 3) крестцовой
 - 4) затылочной
 - 5) живота
10. В ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СО СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКОЙ К РАБОТЕ В ГИПСОВОМ КАБИНЕТЕ ВХОДИТ
- 1) ответственность за обеспечение кабинета необходимым материалом
 - 2) ответственность за обеспечение кабинета необходимым оборудованием
 - 3) участие в гипсовой иммобилизации больного
 - 4) уход за гипсовой повязкой
 - 5) контроль над процессом иммобилизации и заживления

Эталоны ответов: 1-1,3,4; 2-1,3,4,5; 3-1; 4-2; 5-3; 6-3; 7-2,5; 8-2,5; 9-1,3,4; 10-1,2,3,4

4.8. Доврачебная помощь при механических повреждениях мягких тканей и костей скелета (для самостоятельной подготовки студентов)

Закончив изучение темы, студент должен **знать:**

- особенности механических повреждений у детей, виды детского травматизма;
- понятие об основных видах механического повреждения мягких тканей и костей;
- основы доврачебной помощи при наиболее распространенных видах механических повреждений у детей;
- доступные способы временной остановки кровотечения на месте происшествия;
- способы временной иммобилизации подручными средствами.

Студент должен **уметь:**

- определить основные признаки наиболее распространенных видов механических повреждений у детей;
- оказать первую помощь при ушибах, ранениях;
- определить характер кровотечения, применить доступные способы временной остановки кровотечения;
- провести шинирование конечности подручными средствами.

Краткое изложение теоретического материала.

Повреждением, травмой называется результат внезапного воздействия на организм ребенка какого-либо фактора внешней среды, нарушающего анатомическую целостность тканей и протекающие в ней физиологические процессы. Повреждения, повторяющиеся среди различных возрастных групп в аналогичных условиях, входят в понятие **детского травматизма**. В зависимости от причин и обстоятельств возникновения повреждения различают следующие виды детского травматизма:

- родовой;
- бытовой;
- уличный (транспортный и нетранспортный);

- школьный (во время перемен, на уроках физкультуры, труда и т.п.);
- спортивный (при организованных и неорганизованных занятиях);
- прочий (учебно-производственный, сельскохозяйственный и др.).

Бытовой травматизм у детей занимает первое место среди всех повреждений и составляет 70%, а среди факторов внешней среды, являющихся причиной травм, наибольшее значение имеют: механический (травмы костей и мягких тканей) и термический (ожоги).

В зависимости от силы воздействия механического фактора ребенком могут быть получены следующие повреждения: ушибы мягких тканей; раны; переломы и вывихи костей; синдром длительного сдавления.

Ушиб - это закрытое механическое повреждение мягких тканей или органов без нарушения их анатомической целостности. Первые клинические проявления зависят не только от механизма травмы (сила, направление, место приложения повреждающего агента), но и от возраста ребенка и его состояния в момент повреждения. При ушибах отмечается травматическая припухлость в месте повреждения, боль, а в последующие часы появляется кровоподтек. При массивном кровоизлиянии в сочетании с отслойкой кожи или подкожно-жировой клетчатки в этом месте образуется гематома. В центре такого участка, как правило, определяется "размягчение" (флюктуация или зыбление). Пальпация области повреждения всегда болезненна, функция поврежденной конечности страдает, но больной может ею пользоваться. При сочетании ушиба с повреждением связочно-капсульного аппарата, сухожилий и мышц ребенок испытывает сильную боль в момент травмы, пользуется конечностью с большим трудом.

Первая помощь при ушибах мягких тканей состоит в создании покоя поврежденной конечности (сегмента конечности), для чего используют ограничение режима или кратковременную иммобилизацию. С целью уменьшения отека и распространенности кровоизлияния в первые часы/сутки к области ушиба прикладывают холодный предмет (металл, емкость со льдом или охлажденной водой, замороженный продукт из холодильника и т.д.). Тепловые процедуры (например, сухое тепло) в первые сутки категорически противопоказаны, т.к. провоцируют развитие обширных гематом!!!

Рана - это нарушение целостности кожных покровов и слизистых оболочек с повреждением подлежащих тканей. Раны классифицируют по целому ряду признаков (сокращенный вариант):

- по обстоятельствам травмы - хирургические (операционные), боевые и случайные;
- по виду ранящего орудия и механизму повреждения - случайные (резаные, колотые, рубленые, рваные, ушибленные, размозженные, скальпированные) и огнестрельные (пулевые, осколочные);
- по отношению к полостям тела (грудной, брюшной, суставной) - проникающие и непроникающие, с повреждением или без повреждения внутренних органов;
- по характеру раневого канала различают ранения сквозные, касательные и слепые;
- по анатомическому признаку - ранения мягких тканей, ранения с повреждением магистральных сосудов и нервов, сухожилий, внутренних органов;
- по числу повреждений у одного больного - одиночные и множественные.

Глубина, распространенность повреждений тканей, вид раны зависят как от механизма травмы, так и от характера ранящего предмета. Основным признаком этого вида повреждений является собственно рана. По состоянию краев раны и окружающих тканей выделяют осадненные, линейные, рваные, рвано-ушибленные, размозженные, скальпированные раны и т.д. Осаднения и поверхностные ранения кожи, которые возникают при скользящем падении на твердую поверхность (земля, бетон, асфальт и т.д.) не сопровождаются серьезным кровотечением и разрушением подлежащих тканей, однако сопровождаются сильной болью (большая площадь поражения). Раны, нанесенные тупым предметом,

сопровожаются выраженным разрушением краев и большой площадью распространения, для них характерны сильные боли и кровотечение, шок. Острые предметы вызывают наименьшие повреждения краев раны, независимо от глубины проникновения орудия в ткани.

Разрушение тканей всегда сопровождается кровотечением, характер которого и интенсивность зависят от механизма травмы, вида травмирующей силы, распространенности повреждений. Нет жесткой параллели между этими факторами и выраженностью кровотечения: проникающее ножевое ранение живота с повреждением подвздошной артерии является смертельным, однако сама рана (повреждение кожного покрова) минимальна и наоборот - обширная скальпированная рана хоть и сопровождается существенной кровопотерей, но крайне редко становится причиной летального исхода. Кровотечения при повреждениях мягких тканей признано делить на артериальные, венозные и смешанные. Для артериального кровотечения характерно излитие алой крови пульсирующей струей, при венозном кровотечении отмечается выделение из раны темной крови под постоянным давлением. Артериальное кровотечение, равно как и смешанное, с преобладанием артериального, наиболее опасно для жизни пострадавшего, т.к. быстро приводит к критической кровопотере.

Первая (доврачебная) помощь при ранениях включает:

- прекращение действия травмирующей силы, если это не нанесет вред больному: например, если на ногу упал ящик - его надо убрать, но если в теле торчит металлический прут - его трогать/выдергивать нельзя!!!;
- для уменьшения последствий шока (гипоксии головного мозга) положить больного с приподнятыми здоровыми конечностями;
- предпринять все меры для временной остановки кровотечения: при венозном и малоинтенсивном смешанном кровотечении достаточно наложить давящую повязку (бинт, подручная материя из хлопка), либо прижать плотно к раневой поверхности тканевую или нетканую прокладку, а при артериальном - прижать артерию пальцем выше ранения к костной основе (там, где артерия ближе всего располагается к кости) или наложить жгут-скрутку из подручных средств (отрез плотной ткани - ткань не должна легко растягиваться!!!);
- при возможности наложить асептическую повязку или повязку из любой чистой хлопковой ткани для предотвращения дальнейшего инфицирования раны.

Перелом - нарушение целостности кости под действием механической травмирующей силы, сопровождающееся, как правило, значительным повреждением окружающих тканей и нарушением функции конечности/части тела. Общая классификация этого вида повреждений очень обширна, но в целом переломы различаются по следующим признакам: по характеру повреждения костной ткани (поперечный, косой, оскольчатый, многооскольчатый и т.д.); по наличию смещения отломков (без смещения, смещение по ширине, по длине, под углом); по локализации (плечо, голень, таз и т.д.); по сопутствующему повреждению кожного покрова (открытые и закрытые); по наличию осложнений (повреждение сосудов, нервов, окружающих органов). У детей чаще всего встречаются повреждения костей конечностей, реже - таза, груди. Кроме того, в силу анатомо-физиологических особенностей скелета в различных возрастных группах для детского возраста характерны переломы, которые никогда не встречаются у взрослых пациентов - перелом по типу "ивового прута" без повреждения надкостницы), в области эпифиза и т.п.

Общие клинические признаки переломов - боль, нарушение функции, травматическая припухлость, деформация, патологическая подвижность отломков. Однако не всегда эти признаки могут быть выражены. Они наблюдаются лишь при переломах костей со смещением отломков. В то же время любая травма с нарушением анатомической целостности кости сопровождается болевым синдромом и хотя бы частичной потерей функции.

При переломах определяется деформация конечности, иногда значительный прогиб. Пассивные и активные движения в травмированной конечности усиливают боль. В таком случае следует отказаться от таких методов исследования как пальпация области перелома с определением патологической подвижности и крепитации отломков - такие манипуляции лишь усиливают боль и становятся дополнительным шокогенным фактором.

Симптомы, характерные для перелома, могут отсутствовать при надломах (перелом по типу "ивового прута"). В известной степени возможно сохранение движений, патологическая подвижность отсутствует, контуры поврежденной конечности, которую щадит ребенок, остаются неизменными, и лишь при пальпации определяется болезненность на ограниченном участке соответственно месту перелома. В подобных случаях только рентгенологическое исследование помогает установить правильный диагноз.

Травматический вывих - это нарушение конгруэнтности сустава под воздействием механического фактора, сопровождающееся повреждением связочно-капсульного аппарата сустава и утратой функции конечности. Травматические вывихи у детей встречаются примерно в 10-12 раз реже, чем переломы. Клинические проявления идентичны переломам, но деформация конечности определяется в проекции соответствующего сустава.

Первая (доврачебная) помощь при переломах и вывихах включает:

- до наложения иммобилизации пострадавшего не следует перемещать, а при значительных деформациях пытаться "выпрямить" конечность - без адекватного обезболивания такие действия могут привести к усугублению шока и смерти ребенка;
- при явных признаках перелома, вывиха или подозрении на них конечность должна быть обездвижена с помощью подручных средств: верхняя конечность - косыночная повязка или подобная ей, импровизированные лонгеты при повреждении костей предплечья и пальцев; импровизированные шины при повреждении костей нижней конечности, фиксация к здоровой ноге, которая играет роль "шины". В качестве шин могут использоваться любые жесткие подручные материалы - линейка, рейка, доска, клюшка и т.д.;
- при наличии возможности дать ребенку анальгетики;
- при открытом переломе и кровотечении дополнительно выполняются мероприятия, изложенные в разделе "раны".

Вопросы для самоподготовки:

1. Понятие о повреждениях, виды детского травматизма.
2. Понятие об ушибе мягких тканей, основные проявления, первая помощь.
3. Понятие о ранах, их виды, краткая характеристика.
4. Основные клинические проявления ран, виды кровотечений.
5. Первая помощь при ранениях, методы временной остановки кровотечения.
6. Переломы и вывихи. Особенности переломов в детском возрасте.
7. Основные клинические проявления при переломах и вывихах, первая помощь.
8. Способы временной иммобилизации конечности подручными средствами.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Обязательная:

1. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: руководство к практическим занятиям и сестринской практике / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 512 с.

Дополнительная:

1. Основы формирования здоровья детей / под ред. Л.А. Ждановой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с.
2. Тульчинская В.Д. Сестринское дело в педиатрии: учебное пособие / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцева; под ред. Р.Ф. Морозовой. - 20-е изд. испр. - Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 383 с. - (Среднее медицинское образование).

Компьютерная верста - Чернова Ю.Г.
Корректор - Тришкина А.Н.

Подписано в печать 16.04.2018. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman
Формат 60 x 84 $\frac{1}{16}$. Усл. печ. л. 7,8 Тираж 300. Заказ № 68/2018.

Отпечатано в редакционно-издательском центре ЧГМА
672090, Чита, ул. Горького, 39-а.