



# ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	6
<b>Часть I. Здоровый ребенок .....</b>	<b>9</b>
<b>Глава 1. Новорожденный ребенок. ....</b>	<b>11</b>
1.1. Проведение сестринского обследования и первичной оценки новорожденного .....	11
1.2. Неонатальный скрининг в профилактике врожденных и наследственных заболеваний .....	18
1.3. Сестринский уход в амбулаторно-поликлинических условиях .....	22
1.4. Ежедневный уход за новорожденным. ....	25
1.5. Обработка пупочной ранки .....	32
<b>Глава 2. Питание детей раннего возраста. ....</b>	<b>34</b>
2.1. Грудное вскармливание .....	34
2.2. Профилактика гипогалактии .....	37
2.3. Кормление детей из бутылочки .....	40
2.4. Выбор детской молочной смеси .....	42
2.5. Обучение матери кормлению ребенка в домашних условиях .....	44
2.6. Принципы питания и режим .....	48
<b>Глава 3. Основы консультирования родителей по уходу         за ребенком и его воспитанию .....</b>	<b>51</b>
3.1. Первичная сестринская оценка состояния и физического развития детей .....	51
3.2. Обучение матери уходу за кожей и полостью рта .....	59
3.3. Обучение туалетному навыку, одеванию .....	61
3.4. Массаж, физические упражнения, закаливание. ....	63
3.5. Предупреждение патологии опорно-двигательного аппарата .....	71
3.6. Предупреждение патологии органа зрения .....	74
<b>Часть II. Больной ребенок .....</b>	<b>77</b>
<b>Глава 4. Сестринский процесс в педиатрии. ....</b>	<b>79</b>
4.1. Этапы сестринского процесса .....	79
4.2. Особенности сбора информации о ребенке .....	80
4.3. Сестринская диагностика проблем пациента .....	83
4.4. Психологическая подготовка к проведению вмешательств .....	85

4.5. Сестринская помощь при лечебно-диагностических вмешательствах у новорожденных . . . . .	88
4.6. Особенности назначений лекарственных средств у новорожденных . . . . .	90
4.7. Соблюдение инфекционной безопасности пациента и медицинской сестры . . . . .	93
4.8. Особенности ухода за детьми с ограниченными возможностями . . . . .	97
<b>Глава 5. Выхаживание и болезни недоношенных детей . . . . .</b>	<b>103</b>
5.1. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка . . . . .	103
5.2. Уход за ребенком в инкубаторе (кувезе) . . . . .	110
5.3. Метод «кенгуру» . . . . .	114
5.4. Этапы выхаживания недоношенного ребенка . . . . .	115
5.5. Особенности питания недоношенного ребенка . . . . .	121
5.6. Уход за детьми, находящимися на искусственной вентиляции легких . . . . .	133
5.7. Фототерапия . . . . .	137
<b>Глава 6. Болезни периода новорожденности. . . . .</b>	<b>141</b>
6.1. Оценка асфиксии у ребенка по шкале Агар . . . . .	141
6.2. Внутриутробная гипоксия и асфиксия . . . . .	143
6.3. Родовая травма . . . . .	149
6.4. Гемолитическая болезнь новорожденных . . . . .	155
6.5. Патология кожи и слизистых оболочек . . . . .	159
6.6. Сепсис новорожденных . . . . .	166
<b>Глава 7. Болезни детей раннего и старшего возраста. . . . .</b>	<b>172</b>
7.1. Рахит, спазмофилия, гипервитаминоз D . . . . .	173
7.2. Аномалии конституции . . . . .	181
7.2.1. Экссудативно-катаральный диатез . . . . .	182
7.2.2. Лимфатико-гипопластический диатез . . . . .	186
7.2.3. Нервно-артритический диатез . . . . .	188
7.3. Атопический дерматит . . . . .	192
7.4. Острые и хронические расстройства питания . . . . .	196
7.4.1. Пилороспазм и пилоростеноз . . . . .	196
7.4.2. Гипотрофия, паратрофия . . . . .	201
7.5. Железодефицитная анемия . . . . .	207
7.6. Патология желудочно-кишечного тракта . . . . .	208
7.6.1. Срыгивание и рвота . . . . .	210
7.6.2. Нарушения стула . . . . .	212
7.6.3. Гельминтозы . . . . .	224
7.7. Заболевания органов дыхательной системы . . . . .	229

7.7.1. Ринит .....	229
7.7.2. Ларингит .....	234
7.7.3. Синдром бронхообструкции .....	239
7.8. Детский церебральный паралич .....	251
Приложение .....	258
Список сокращений .....	263
Рекомендуемая литература .....	264
Предметный указатель .....	265

**1.1. ПРОВЕДЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО  
ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ  
НОВОРОЖДЕННОГО**

**Здоровый новорожденный** — ребенок, родившийся от практически здоровой матери без осложнений беременности и родов с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов (см. гл. 6), массой тела 2,5–4,4 кг (средней — 3300–3700 г), с массо-ростовым коэффициентом 60–80, с нормально протекающим периодом адаптации, максимальным уменьшением первоначальной массы тела не более 6–8%, находящийся на естественном вскармливании. Среди новорожденных различают следующие клинические группы (табл. 1.1).

**Патронаж** (от фр. *patronage* — покровительство) в медицине — проведение медицинскими работниками на дому первичной сестринской оценки, а также профилактических, оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий. *Приказы № 60, 151, 307 Минздрава России* определяют порядок диспансерного наблюдения новорожденных детей. Наблюдение за состоянием здоровья ребенка начинают задолго до его рождения, когда участковая медицинская сестра осуществляет дородовый патронаж (табл. 1.2).

После выписки из родильного дома выполняют первый патронаж новорожденного, далее — динамический (табл. 1.3).

**Таблица 1.1.** Клинические группы новорожденных

Группа новорожденных	Характеристика
Доношенные	Морфологически и функционально соответствуют гестационному возрасту, могут быть зрелыми и незрелыми
Недоношенные	Дети, родившиеся при сроке гестации* между 22 и 38 нед, с массой тела менее 2500 г, ростом менее 45 см: <ul style="list-style-type: none"> <li>• дети с низкой массой тела — 1500–2500 г;</li> <li>• дети с очень низкой массой тела — 1001–1500 г;</li> <li>• дети с экстремально низкой массой тела — менее 1000 г</li> </ul>
Незрелые	По степени зрелости не соответствуют гестационному возрасту
Переношенные	Дети, родившиеся при сроке беременности более 42 нед, с признаками переношенности
С задержкой внутриутробного развития	Массо-ростовой коэффициент** менее 60

\* Период вынашивания плода в матке.

\*\* Масса тела, деленная на рост (при рождении).

**Таблица 1.2.** Дородовый патронаж беременной женщины

Патронаж	Срок беременности	Задачи	Рекомендации
1-й	Не позже 12–14-й недели	Определить общее состояние, условия труда и быта, моральный климат в семье, наследственность, вредные привычки у членов семьи	Соблюдение режима дня, питания. При необходимости — обращение к юристу за помощью
2-й	30–32 нед	Уточнить анамнез, перенесенные заболевания, прием медикаментов, течение беременности, соблюдение советов медицинской сестры, готовность приданого новорожденного, места для него, подготовка молочных желез беременной к лактации. Уточнение адреса проживания	Расположение детской кроватки, содержание аптечки новорожденного. Приглашение в школу молодых родителей

Таблица 1.3. Патронаж новорожденного

Патронаж	Срок	Цель, содержание работы	Рекомендации
Первичный	В первые сутки после передачи сведений из родильного дома, включая субботу	Совместно с педиатром оценивают общее состояние ребенка. Медицинская сестра обрабатывает кожу и пупочное кольцо, обучает мать технике пеленания и использования подгузников, уходу за кожей, глазами, носом, подготовке и правилам купания	Правила прикладывания к груди. Ежедневная влажная уборка помещения, проветривание, соблюдение температурного режима. Порядок хранения и ухода за бельем, правила сохранения лактации, питания и режим кормления матери, уход за новорожденным, первое купание и прогулка и т.д.
Динамический	Один раз в неделю в течение первого месяца жизни	Контроль за санитарно-гигиеническими условиями новорожденного, вскармливанием, заживлением пупочной ранки, купанием, прогулками	Режим дня, вскармливание, питание и режим кормления матери, уход за новорожденным, купание, прогулки и т.д.

После рождения условия жизни ребенка радикально меняются, он попадает в новую окружающую среду, где значительно ниже температура, влажность, возникает масса зрительных, тактильных, звуковых, вестибулярных и других раздражителей. Состояния и реакции, отражающие процесс приспособления (адаптации) к внеутробной жизни, — пограничные (переходные, или адаптивные), или транзиторные, состояния новорожденных. Окончание периода новорожденности связано с исчезновением пограничных состояний. Продолжительность этого периода — от рождения до 4–5 нед жизни ребенка.

**Синдром родившегося ребенка.** Ребенок в первые секунды жизни неподвижен, не реагирует на болевые, звуковые, световые раздражители, отсутствуют рефлексы и мышечный тонус. В течение следующих 5–10 с возникает глубокий вдох, крик, формируются флексорная поза, спонтанная двигательная активность (рис. 1.1). Зрачки расширены, несмотря на яркий свет.



а



б



в



г

**Рис. 1.1.** Транзиторные состояния новорожденных: а — синдром родившегося ребенка и транзитное кровообращение; б — простая эритема; в — токсическая эритема; г — простая эритема в сочетании с физиологической желтухой



**Импринтинг** (от англ. *imprint* «оставлять след, запечатлевать, печатать») — запечатление в памяти новорожденного отличительных черт воздействующих на него жизненно важных объектов.

Очень важен как можно более ранний контакт между матерью и ребенком после родов, оптимально — кожа к коже, глаза в глаза, прикладывание к груди и телу в первые 10–20 мин жизни.

**Транзиторная гипервентиляция.** Легочная вентиляция в течение первых 2–3 сут в 1,5–2 раза больше, чем в последующие дни. Первый



вдох происходит по типу «гасп» (глубокий вдох и затрудненный выдох) у 4–8% новорожденных, он способствует расправлению легких и эвакуации жидкости из альвеол.

**Транзиторное кровообращение.** Начало легочного дыхания способствует закрытию фетальных коммуникаций. Артериальный проток закрывается через 10–15 мин после рождения. Овальное окно закрывается после рождения. Функциональное закрытие артериального (боталлова) протока происходит чаще к 8-й неделе, анатомическая его облитерация — через несколько месяцев. Пупочные артерии сокращаются через 15 с, а через 45 с они уже функционально закрыты. Венозный (аранциев) проток анатомически закрывается через 3 нед, функционально — через 2–3 сут. В связи с этим у ребенка наблюдают цианоз конечностей, акроцианоз (см. рис. 1.1, а).

**Транзиторные изменения кожи** представлены в табл. 1.4.

Таблица 1.4. Транзиторные изменения кожи

Изменения кожи	Определение	Срок исчезновения
Простая эритема	Реактивная краснота кожи (см. рис. 1.1, б) в первые часы имеет слегка цианотичный оттенок, на вторые сутки становится более яркой	К концу 1-й недели жизни
Физиологическое шелушение	Крупнопластинчатое шелушение кожи	Постепенное уменьшение к 2-й неделе жизни
Родовая опухоль	Отек подлежащей части головы, чаще затылочной области	В течение 1–2 сут жизни
Токсическая эритема	У 20–30% новорожденных на 2–5-й день жизни эритематозные, плотноватые пятна с папулами или пузырьками (см. рис. 1.1, в)	Через 2–3 сут после появления сыпи
Физиологическая желтуха	У 60–70% новорожденных на 3–6-й день (см. рис. 1.1, г). Общее состояние не страдает. Минимальная концентрация билирубина — 26–34 мкмоль/л, максимальная — 130–170 мкмоль/л	7–14-й день жизни

**Транзиторная потеря первоначальной массы тела.** Максимальную убыль массы тела обычно наблюдают на 3–4-й день жизни. При

оптимальных условиях вскармливания и выхаживания у здоровых доношенных новорожденных максимальная убыль массы тела не должна превышать 6% (3–10%). Восстановление массы тела обычно наступает к 6–7-му дню жизни.

**Транзиторное нарушение теплового баланса.** В первые 30 мин после рождения происходит снижение температуры тела на 0,3 °С в 1 мин, а к 5–6 ч жизни происходит подъем температуры тела, устанавливается гомойотермия.



Для профилактики переохлаждения ребенка сразу после рождения:

- укутывают в стерильную подогретую пеленку, осторожно промокают ею кожу ребенка для предотвращения потерь тепла при испарении околоплодных вод с кожи;
- помещают на подогреваемый столик под источник лучистого тепла (лампу инфракрасного излучения);
- поддерживают температуру воздуха в родильном зале не ниже 24–25 °С.

**Транзиторные особенности функций почек** выделены в табл. 1.5.

Таблица 1.5. Транзиторные изменения функции почек

Изменения функций почек	Определение	Срок исчезновения
Неонатальная олигурия	Редкое мочеиспускание	3–5-й день жизни
Протеинурия	Незначительное содержание белка в моче	1–2-й день жизни
Мочекислый инфаркт почки	Отложение мочевой кислоты в виде кристаллов в просвете собирательных трубочек почек	7–10-й день жизни

Проявления **транзиторного полового (гормонального) криза** (табл. 1.6) связаны с повышенной продукцией эстрогенов у плода и значительным поступлением гормонов матери в кровь ребенка при родах.

**Транзиторные особенности неонатального гемопоэза:**

- Высокая активность эритропоэза при рождении — ответ на активное разрушение эритроцитов, гипоксию в родах и высокую концентрацию эритропоэтина в крови.
- Повышение активности миелопоэза к 12–14 ч жизни с дальнейшим снижением интенсивности к концу 1-й недели.

Таблица 1.6. Признаки полового (гормонального) криза

Признак	Определение	Срок исчезновения
Нагрубание молочных желез	На 3–4-й день увеличиваются молочные железы до 1,5–2 см в диаметре, кожа над ними не изменена, иногда слегка гиперемирована. При пальпации железы выступают капельки секрета, по составу приближающегося к молозиву матери. Выдавливать содержимое увеличенной молочной железы не следует из-за опасности инфицирования	Постепенно к концу 1–2-й недели
Десквамативный вульвовагинит	Обильные слизистые выделения серовато-беловатого цвета из половой щели у 60–70% девочек в первые 3 дня жизни	Постепенно к 2–3-му дню
Кровотечение из влагалища	На 4–6-й день жизни у 5–10% девочек, объем крови не превышает 1 мл	Длительность — 1–3 дня
Отек наружных половых органов	Умеренное гидроцеле у мальчиков, отек малых и больших половых губ у девочек	На 2-й неделе жизни
Гиперпигментация кожи	Вокруг сосков и мошонки у мальчиков	

- Снижение интенсивности лимфопоэза сразу после рождения — дефицит лимфоцитов в периферической крови. С конца 1-й недели жизни количество лимфоцитов больше числа нейтрофилов.
- Транзиторная полицитемия (эритроцитоз): в первые часы и на протяжении 1-й недели жизни наблюдают гемоконцентрацию — нарастание содержания гемоглобина (180–220 г/л), количества эритроцитов ( $6-8 \times 10^9/\text{л}$ ), лейкоцитов ( $10-15 \times 10^9/\text{л}$ ), увеличение гематокритного числа ( $0,55 \pm 0,06$ ).



При транзиторных состояниях новорожденных необходима организация охранительного режима, уход за кожей, пупочной ранкой и слизистыми оболочками.

Дополнительного вмешательства с применением медицинских средств транзиторные состояния новорожденных не требуют!