

Од. для медицинских училищ

Н.В. Ежова, Г.И. Ежов

ПЕДИАТРИЯ

ПРАКТИКУМ



Н.В. Ежова, Г.И. Ежов

ПЕДИАТРИЯ

ПРАКТИКУМ

Учебное пособие

2-е издание, дополненное

Допущено
Министерством образования и науки
Российской Федерации
в качестве учебного пособия
для студентов образовательных учреждений
среднего профессионального образования,
обучающихся по медицинским
специальностям

МОСКВА
ОНИКС

УДК 616;377
ББК 57.3я723
Е41

Рецензент: кандидат медицинских наук, доцент Л.И. Матуш

Ежова Н. В.

Е41 Педиатрия. Практикум: Учеб. пособие / Н. В. Ежова, Г. И. Ежов. — 2-е изд., доп. — М.: Издательство Оникс, 2008. — 400 с.: ил.

ISBN 978-5-488-01642-2

Описаны алгоритмы выполнения практических навыков по уходу и наблюдению за здоровым и больным ребенком. Изложены основы рационального питания, методы обследования ребенка, подготовки и проведения лабораторных исследований, выполнения лечебных процедур и манипуляций, в том числе при оказании неотложной помощи.

Одновременно с настоящим практикумом вышел в свет учебник по педиатрии (см.: *Ежова Н.В.* и др. Педиатрия: Учебник. М.: Оникс, 2008), в котором систематизированы все необходимые знания в области педиатрии, большое внимание уделено особенностям сестринского процесса, организации работы медсестры и основам медицинской психологии.

Для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования, а также вузов медицинского профиля; необходим в работе медицинских сестер детских лечебно-профилактических учреждений; представляет несомненный интерес для широкого круга читателей.

**УДК 616;377
ББК 57.3я723**

ISBN 978-5-488-01642-2

© Ежова Н. В., Ежов Г. И., 2008,
с изменениями
© ООО «Издательство Оникс», 2008

От авторов

Многие практические навыки, крайне необходимые в работе среднего медицинского персонала, недостаточно освещены в учебной литературе. Это послужило поводом для написания книги.

Первый шаг по созданию практикума был сделан в 1997–1998 гг., когда вышли первое и второе издания учебного пособия «Сестринское дело в педиатрии». В 2004 г. было издано учебное пособие «Педиатрия. Доклиническая практика». Эти книги предназначены для первичного обучения учащихся медицинским манипуляциям в условиях доклинической практики.

Настоящее издание включает более полную информацию, предназначенную для углубленного практического обучения учащихся 3-го и 4-го курсов по специальностям «Сестринское дело» и «Лечебное дело». Уровень изложения методик и техники выполнения манипуляций различен: большинство из них призваны научить учащихся правильно выполнять лечебные и диагностические манипуляции и процедуры, некоторые имеют ознакомительный характер.

В предлагаемой книге многие алгоритмы и методики выполнения манипуляций впервые описаны в учебной литературе, предназначенной для средних специальных медицинских учебных заведений (по уходу за новорожденным ребенком, в том числе за недоношенным, основам рационального питания детей, обследованию ребенка, лабораторным исследованиям, выполнению ряда лечебных процедур и манипуляций). С учетом межпредметных связей с манипуляционной техникой, в отдельных инструкциях освещены лишь особенности выполнения процедур в детском возрасте.

Особое внимание уделено тактике оказания неотложной помощи детям, уходу за больным ребенком, находящимся в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации. Надеемся, что после ознакомления с нашей книгой для многих читателей станут более понятными вопросы ухода и наблюдения за детьми в критическом состоянии.

Учебное пособие дополнено сведениями по методам исследования органов и систем, основным симптомам поражения (таблицы с основными симптомами поражения имеют ознакомительный характер). Даны приложения, которые позволят улучшить восприятие учебного материала.

Авторы признательны за консультативную помощь при написании практикума сотрудникам 7-й клинической больницы г. Минска – заведующей отделением интенсивной терапии и реанимации *О. Я. Свирской*, заведующей отделением недоношенных детей *Т. Н. Диваковой*, заведующей клинической лабораторией *И. В. Митрахович*, многим медицинским сестрам.

Мы будем благодарны читателям за все отзывы и предложения, направленные на совершенствование учебного пособия.

Глава 1

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

• Требования, предъявляемые к уходу за новорожденными • Антисептические и дезинфицирующие средства нового поколения • Партнерство в родах • Уход за новорожденным в родильном зале • Прием ребенка в палату совместного пребывания матери и новорожденного • Туалеты новорожденного

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

В родовспомогательном учреждении происходит первый контакт новорожденного с внешней средой. Здоровье и жизнь ребенка во многом зависят от выполнения медицинским персоналом охранительного и санитарно-гигиенического режимов, соблюдения микроклиматических условий ухода за новорожденным.

Санитарно-гигиенический режим родовспомогательного учреждения поддерживается тщательным выполнением требований, предъявляемых к персоналу, оснащению и содержанию помещений, уходу за новорожденным. Необходимо оградить от обсеменения патогенной флорой пуповинный остаток, пупочную ранку, кожные покровы и слизистые оболочки новорожденного.

Медицинский персонал, участвующий в приеме родов и в уходе за новорожденными, перед началом работы снимает кольца, часы, браслеты, надевает чистую санитарную одежду (медицинский халат, хлопчатобумажное платье-рубашку или брючный костюм, носки, кожаную обувь). При приеме родов, выполнении инвазивных вмешательств (пункция сосудов, спинномозговая пункция и др.) и эпидемическом неблагополучии (например, при гриппе) медицинский персонал обязан работать в маске, которая меняется каждые 3 ч.

Особое внимание необходимо уделять *гигиене тела* и чистоте *рук*. Медицинский персонал должен ежедневно принимать гигиенический душ, менять халат. Перед приемом родов акушерка обрабатывает руки так же, как и перед операцией, надевает стерильный халат, шапочку, маску, перчатки. При работе в палатобоксе медицинская сестра обеззараживает руки антисептическим раствором *перед входом* в нее, а затем *перед контактом* с кожными покровами и слизистыми оболочками *каждого* ребенка. Для профилактики дерматитов, возникающих в результате многократного применения дезинфицирующих средств, и защиты от инфицирования персоналу рекомендуется пользоваться *медицинскими перчатками*.

Во время родов и в дальнейшем при уходе за новорожденным используют *только стерильные* медицинские инструменты, медикаменты (масла, мази, водные растворы для наружного применения, лекарственные формы для инъекций), ватно-марлевые тампоны, шовно-перевязочный материал, пеленки. Для приема новорожденных в родильном зале имеются стерильные индивидуальные комплекты. Стерильными должны быть спецодежда работающих в операционных и родильных залах, нательное белье для рожениц и родильниц, салфетки для грудных желез родильниц, посуда для сцеживания и сбора грудного молока, катетеры и другое оснащение.

Дезинфекции подлежат оснащение, которое контактирует с кожными покровами и слизистыми оболочками ребенка (термометры, мембраны фонендоскопов, манжеты тонометров и др.), поверхности пеленальных столов и весов перед пеленанием и взвешиванием *каждого* ребенка. И использованные инструменты, изделия из полимерных материалов, резины сразу же погружаются в дезинфицирующий раствор, затем подвергаются предстерилизационной очистке и стерилизации.

В качестве *антисептических* и *дезинфицирующих* средств применяют *растворы хлорамина, хлоргексидина биглюконата, водорода пероксида, спирт этиловый, септоцид Р* и другие, а также средства нового поколения с *бактерицидной, вирулоцидной* и *противогрибковой* активностью:

- для обработки *рук* медицинского персонала – *бактолан, бактолин, бейсик, стерилиум, септоцид Р* плюс и др.;
- для обработки *поверхностей, предметов* и *инвентаря* – *дезавит-П, лизоформин, инкрасепт 10В, комби дезинфектант*

поверхностей, септанез, корзолин, корзолин ФФ, корзолин ИД, бодифен, бациллол 25, полидез, ультрацид, микробак форте, дескоцид, бизуацид, септабик, превентол СД, сокрена, аэродезин 2000, интробак спрей, асфен спрей (381), клорсепт, клор-клин, десам ГК, славин средство, септанес, доместос, анасепт, сурфаниос и др.;

• для обработки изделий медицинского назначения – дезавит-И, лизоформин, инкрасепт 10А, комби дезинфектант инструментария, стераниос, гексаниос G+R, аниозим P.L.A, корзолин (и Д), полидез, триацид, инклин, септабик, десам ГК, клорсепт, славин средство, жавель солид, дезомикс-И (ИМ), спорадин 20% концентрат и др.

Прием новорожденного, дальнейший уход и наблюдение за ним проводят в определенной **последовательности**. В случае неудовлетворительного состояния ребенка некоторые этапы откладывают на более поздний срок (например, антропометрию, выкладывание ребенка на грудь и живот матери).

В последние годы значительное внимание уделяется **партнерству в родах**. Желательно, чтобы партнеры прошли систему предродовой подготовки, получили информацию и освоили практические навыки по использованию различных типов дыхания в разные периоды родов, методикам релаксации и концентрации внимания, массажу и физическим упражнениям, могли оказать психоэмоциональную поддержку роженице.

Присутствие при родах мужа (матери, сестры и других лиц) по желанию роженицы возможно при наличии в родовспомогательном учреждении условий для индивидуального приема родов. Партнер должен иметь заключение участкового врача об отсутствии инфекционного заболевания в последние 10 суток. Допуск в родильный зал разрешается лечащим или дежурным врачом (должна быть запись в истории родов). Лица с проявлениями инфекционного заболевания, наркотического или алкогольного опьянения, а также во время карантина в родильный зал **не допускаются**.

Партнеры обеспечиваются спецодеждой (стерильный халат, маска, шапочка-косынка, бахилы) и сменной обувью. Им **запрещается** трогать предметы и оборудование, мешать работе персонала и нарушать санитарно-гигиенический режим.

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ

ПРИЕМ И ПЕРВЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Оснащение детской (манипуляционной) комнаты при родильном зале: 1) лекарственные средства: 96% этиловый спирт, 5% раствор калия перманганата, стерильное растительное масло в индивидуальной упаковке по 30 мл, 30% раствор сульфацила натрия; 2) биксы со стерильным материалом (индивидуальные комплекты: пакеты для вторичной обработки пуповины – зажим для пуповины (рис. 1) или шелковая лигатура длиной 10 см со сложенной в четыре слоя салфеткой треугольной формы), медицинские ножницы, две деревянные палочки с ватой; две пипетки и ватные шарики для вторичной профилактики гонобленнореи; сантиметровая лента (лента из медицинской клеенки); идентификационные браслеты (2 шт.) и медальон; наборы для пеленания детей – три пеленки и одеяло (в жаркое время года одеяло необязательно); 3) емкость со стерильным корнцангом; 4) пинцет в упаковке (индивидуальный для каждого ребенка); 5) лоток для стерильного материала; 6) лоток для использованного материала; 7) аппаратура, наборы инструментов и медикаментов, необходимых для реанимации новорожденных; 8) медицинские перчатки (одноразовые или продезинфицированные); 9) водонепроницаемый обеззараженный передник; 10) мыло жидкое или индивидуальной фасовки для детей и персонала; 11) инструментальный столик; 12) пеленальный стол (1–2) с подогревом, сантиметровая лента, закрепленная на внутренней поверхности заднего или левого борта, матрац; 13) источник лучистого тепла; 14) медицинские весы (электронные или чашечные); 15) горизонтальный ростомер; 16) детские кровати с матрацами в клеенчатых чехлах (2 – 4); 17) емкости с антисептическими и дезинфицирующими растворами для обеззараживания рук, рабочих поверхностей, использованного медицинского инструментария и оснащения; 18) клеенчатый мешок и бак для использованного белья.

Подготовительный этап приема новорожденного. 1. Подготовить *оснащение* и *оборудование* к приему родов и, возможно, к проведению реанимации.

2. Оказать помощь роженице.

Основной этап приема новорожденного. 3. Уложить ребенка сразу после рождения на обеззараженный и согретый лоток. Лоток должен быть накрыт стерильной пеленкой и располагаться на одном уровне с роженицей, чтобы избежать натягивания пуповины. Отметить *время рождения* ребенка в медицинской документации.

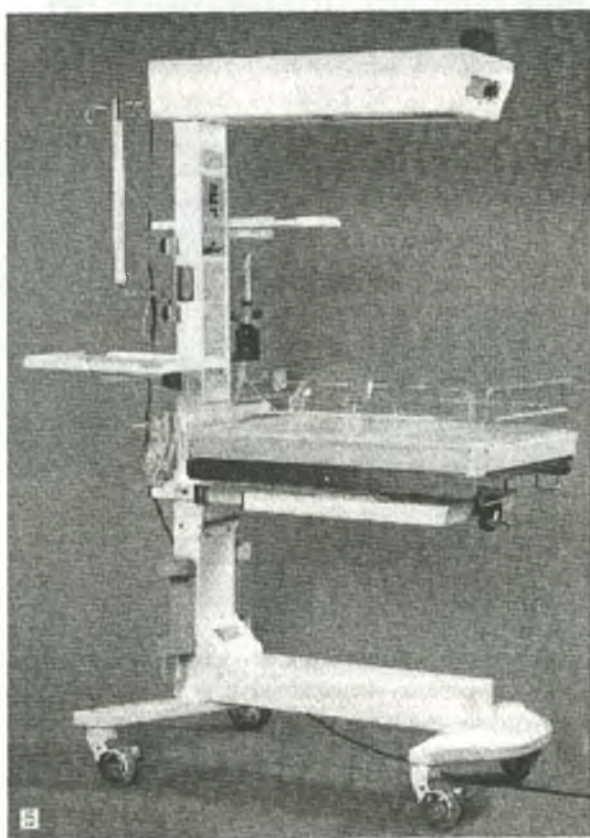


Рис. 1. Оснащение по уходу за новорожденным:
а – зажим для пуповины, кусачки для его удаления; *б* – стол неонатальный реанимационный

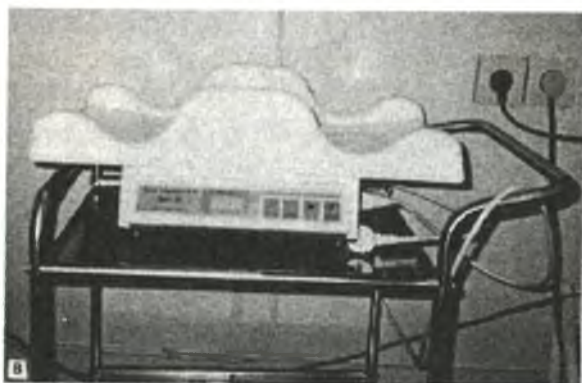


Рис. 1. Оснащение по уходу за новорожденным:

в – электронные весы; г – идентификационные браслеты; д – аспиратор неонатальный с катетером для отсасывания

4. Определить **признаки живорождения** новорожденного – самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсацию пуповины, произвольные движения мышц. При необходимости незамедлительно (!) оказать ребенку первичную и реанимационную помощь. **Оценку состояния** новорожденного по шкале Вирджинии Апгар проводят в конце 1-й и 5-й мин жизни (табл.1). В дальнейшем, если требуется продолжение реанимационных мероприятий, оценку повторяют каждые 5 мин до 20-й мин жизни. Здоровые новорожденные имеют общую оценку 8–10 баллов. Оценка 5–6 баллов соответствует умеренной асфиксии, 1–4 балла – тяжелой, 0 баллов – состоянию клинической смерти.

Таблица 1. Шкала Апгар

Симптомы	0 баллов	1 балл	2 балла
Частота сердечных	Пульс отсутствует	Замедление (менее 100 в 1 мин)	Более 100 в 1 мин
Дыхательные движения	Отсутствуют	Редкие, нерегулярные, отдельные судорожные вдохи	Хорошие, громкий крик
Мышечный тонус	Вялый	Конечности несколько согнуты	Активные движения
Реакция на носовой катетер или рефлекс на раздражение подошв	Отсутствует	Гримаса	Кашель, чихание
Цвет кожи	Общая бледность или цианоз	Тело розовое, конечности синюшные	Весь розовый (красный)

5. Сразу после рождения ребенка провести *первичную санацию* верхних дыхательных путей. Если существует риск возникновения асфиксии или околоплодные воды мутные, в них обнаруживается кровь, меконий, то содержимое ротоглотки аспирируют при прорезывании головы (до рождения плечиков), сразу после рождения ребенка и после перевязки пуповины. Все мероприятия проводят *под источником лучистого тепла*.

Для выполнения санации ротоглотки указательный палец левой руки вводят в полость рта ребенка, катетер направляют правой рукой по пальцу, не касаясь задней стенки глотки. Санация через нос у маловесных новорожденных нежелательна, так как узкие носовые ходы могут быть препятствием для введения катетера, а процедура может вызвать брадикардию. Санацию проводят бережно и быстро. Длительность процедуры ограничивают *до 5–10 с*.

6. *Отделить* новорожденного ребенка от матери. Пуповину пережимают немедленно при рождении ребенка в состоянии асфиксии и в случае иммунологической несовместимости крови матери и плода.

Для проведения *1-го этапа* рассечения и обработки пуповины необходимо наложить на нее стерильные зажимы Кохера: первый на расстоянии 8–10 см от пупочного кольца, второй – на 2 см кна-

ружи от первого, третий – как можно ближе к наружным половым органам роженицы. Обработать участок пуповины между первым и вторым зажимами 96 % этиловым спиртом и рассечь стерильными ножницами. Срез культи обработать 1% раствором йодоната.

7. Провести **профилактику гонобленнореи** 30 % раствором **сульфацила натрия** или другими разрешенными препаратами. Эта процедура не должна мешать зрительному контакту матери и ребенка. Поэтому в последние годы ее рекомендуется проводить после прикладывания ребенка к груди.

Перед выполнением манипуляции акушерка должна обработать перчатки **антисептическим раствором**. Затем снять слизь, сыровидную смазку с кожи век ватным шариком (**отдельным** для каждого глаза) движением от наружного угла глаза к внутреннему. Слегка оттянув нижнее веко книзу, поочередно закапать в конъюнктивальный мешок каждого глаза **по 1 капле** раствора (стерильной пипеткой из индивидуального комплекта новорожденного). После закапывания сомкнуть веки и осторожно протереть глаза ватными шариками от наружного угла к внутреннему (каждый глаз отдельно!). **Девочкам** раствор **сульфацила натрия** закапать по 1–2 капли в половую щель. Время проведения профилактики гонобленнореи **записать** в историю развития новорожденного.

8. **Обсушить тело** ребенка теплой пеленкой (влажную пеленку сбросить со столика для уменьшения тепловых потерь).

9. При рождении ребенка в удовлетворительном состоянии и отсутствии противопоказаний выложить его на материнскую грудь и живот не менее чем на 30 мин (рис. 2). Сверху накрыть стерильной пеленкой. Тесный контакт кожа к коже как можно раньше после рождения способствует заселению новорожденного сапрофитной флорой матери. Инстинктивный поиск пищи ребенка начинается на 10–20-й мин после рождения.

10. Завернуть ребенка в стерильную пеленку и перенести в детскую комнату на пеленальный **стол с обогревом**.

11. Провести **2-й этап** обработки пуповины после окончания родов и туалета родильницы. В детской комнате акушерка должна достать стерильным корнцангом из бикса пакет для вторичной обработки пуповины и приоткрыть его. Повторно **дезинфицировать руки** (надеть стерильные перчатки). Остаток пуповины отжать стерильной марлевой салфеткой от основания к периферии и, туго сжимая большим и указательным пальцами, протереть его марлевым шариком, смоченным 96 % этиловым спиртом. В зажим ввести остаток пуповины. Нижний край его должен быть



Рис. 2. Контакт «кожа к коже»

расположен на расстоянии 0,5–0,7 см от кожного края пупочного кольца. Сомкнуть зажим до защелкивания. Отсечь пуповину стерильными ножницами на расстоянии 0,3–0,5 см от верхнего края зажима. Поверхность среза, основание пуповины и кожу вокруг пуповинного остатка обработать палочкой с ватой, смоченной 5% раствором калия перманганата.

В случаях, когда сосуды пуповины могут понадобиться для инфузионной и трансфузионной терапии (при иммунологической несовместимости крови матери и плода), остаток пуповины перевязывают *шелковой лигатурой* на расстоянии 3 – 4 см от пупочного кольца. Пуповину отсекают на 0,5 см выше лигатуры, остаток обрабатывают 5% раствором калия перманганата и накладывают на него стерильную марлевую повязку-треугольник (на сутки).

12. Провести первичную *обработку кожных покровов* стерильной марлевой салфеткой, смоченной *растительным (вазелиновым) маслом* из индивидуального флакона. Флакон открывают перед обработкой новорожденного. Салфетку смачивают *однократно* и после использования удаляют. Легкими движениями снимают с кожи головы и тела первородную смазку, слизь, кровь, меконий. Удалять полностью первородную смазку *нецелесообразно*, так как она предохраняет кожу от раздражения и в ней содержатся ферменты, витамины, которые частично всасываются кожей.

13. Повязать на запястьях новорожденного идентификационные *браслеты* (см. рис. 1). Для этого разворачивают пакет с браслетами и медальоном, обрабатывают *антисептическим раствором* перчатки, подписывают на браслетах и медальоне номер истории родов матери, ее фамилию, имя, отчество, час и

дату рождения ребенка, его пол, массу и длину тела. Затем вновь обрабатывают перчатки *антисептическим раствором* и повязывают браслеты на запястьях ребенка.

14. Выполнить *антропометрию* новорожденного. С этой целью завернуть его в стерильную пеленку и взвесить на электронных (чашечных) медицинских весах (см. рис. 1). Из полученных данных вычесть массу пеленки. Измерение длины тела осуществляется с помощью горизонтального ростомера, окружность головы и груди – сантиметровой ленты (тесьмой из медицинской клеенки), вложенной в индивидуальный комплект новорожденного. Если для измерения пользовались тесьмой, ее следует сопоставить с делениями сантиметровой линейки на бортике пеленального стола. Касаться лентой бортика *запрещается*. Ребенка оставляют неплотно завернутым на пеленальном столе. Детям, родившимся в тазовом предлежании, длину тела определяют после спонтанного установления правильного положения конечностей.

15. Запеленать ребенка в стерильные пеленки закрытым способом вместе с руками. Голову в течение первых суток покрывают пеленкой. Поверх одеяла повязывают медальон.

16. При отсутствии противопоказаний со стороны матери и ребенка можно снова приложить новорожденного к груди.

Заключительный этап приема новорожденного. 17. Уложить новорожденного на бок в индивидуальную кроватку. Историю развития новорожденного (ф. № 096/у).

18. *Через 2 ч* повторить *профилактику гонобленнореи*. В случае раннего перевода новорожденного из родильного зала (например, в палату интенсивной терапии), повторное закапывание раствора выполняет палатная медицинская сестра отделения новорожденных. Время проведения профилактики гонобленнореи акушерка (медицинская сестра) записывает в *историю развития новорожденного*.

Стерильный раствор *сульфацила натрия* должен храниться не более суток в темной емкости небольшого объема (10 мл) с притертой крышкой.

19. *Перевести* здорового новорожденного *через 2 ч* после рождения в отделение совместного пребывания матери и ребенка (палату новорожденных). Дети с оценкой по шкале Апгар менее 7 баллов, недоношенные или больные поступают в палаты интенсивной терапии сразу же после проведения первичной реанимации.

Перед переводом в отделение врач повторно осматривает ребенка, проверяет правильность заполнения документации, состояние пуповинного остатка и расписывается в истории развития новорожденного, указав время перевода.

Пример 1 Образец записи в истории развития новорожденного

Пол	Живой / мертвый	Доношенный / недоношенный	Масса	Рост	Окружность	
					головы	груди

Профилактика гонобленнореи _____ (название медикамента, время) _____

Дежурная акушерка _____ Дежурный врач _____

Ребенок переведен в отделение новорожденных (время) _____

Ребенка передала акушерка _____

Замечания по поводу ребенка: охлажден, цвет кожных покровов (розовый, бледный, цианотичный), стон, состояние остатка пуповины, наличие браслетов (есть, нет) _____

Ребенка приняла медсестра _____

Контрольные вопросы

1. Как в родовспомогательном учреждении обеспечивается гигиеническое содержание новорожденных?
2. Перечислите этапы приема новорожденного ребенка в родильном зале.
3. Какие мероприятия по его приему можно отложить на более поздний срок? Почему?
4. Перечислите признаки живорождения.
5. Как оценить состояние ребенка после рождения?
6. Опишите выполнение первичной санации дыхательных путей.
7. Как отделяют новорожденного от матери?
8. Почему при иммунологической несовместимости крови матери и плода пуповинный остаток оставляют более длинным?
9. Почему в родильном зале удалять полностью первородную смазку нецелесообразно?
10. Как провести антропометрию ребенка?
11. С какой целью обеспечивают кожный контакт новорожденного и матери?
12. Когда прикладывают ребенка к груди?
13. Как выполняют профилактику гонобленнореи?
14. Какие меры необходимы, чтобы избежать пуганицы детей?
15. Какая медицинская документация заполняется на новорожденного ребенка в родильном зале?
16. Какие условия необходимы для партнерских родов?

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ В ОТДЕЛЕНИИ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА (ДЕТСКОЙ ПАЛАТЕ)

ПРИЕМ РЕБЕНКА, ПОСТУПИВШЕГО ИЗ ДЕТСКОЙ КОМНАТЫ РОДИЛЬНОГО ЗАЛА

Палатная медицинская сестра отделения совместного пребывания ребенка и матери (детского отделения) *сверяет* текст медальона с аналогичной информацией, указанной в истории развития новорожденного, *расписывается* в истории о его приеме в палату (дата, час и минуты поступления, пол ребенка, состояние, масса тела). Старшая медицинская сестра регистрирует новорожденного в журнале отделения (палаты), ф. № 102/у. Ребенка *осматривает* неонатолог и медсестра. Данные осмотра записываются в историю развития новорожденного. Если в момент поступления ребенка врача нет, его осматривает медицинская сестра, обращая *особое внимание* на характер крика, цвет кожных покровов, состояние пуповинного остатка, отхождение мочи и мекония (наличие естественных отверстий). После осмотра новорожденного медицинская сестра проводит его *вторичную обработку*.

ТУАЛЕТЫ НОВОРОЖДЕННОГО

Два раза в сутки (утром до первого кормления и вечером) производят туалет новорожденных (табл. 2, 3). При этом тщательно осматривают ребенка, проверяют складки кожи, состояние пуповинного остатка (пупочной ранки), проводят уход за кожей и органами чувств, измеряют 2 раза в сутки температуру тела, выполняют врачебные назначения. Во время *утреннего туалета* новорожденных взвешивают.

Таблица 2. Лекарственные средства, необходимые для выполнения туалетов новорожденного ребенка

Вторичная обработка новорожденного	Туалет новорожденного	Туалет пуповинного остатка и пупочной ранки
Вазелиновое (растительное) масло 1–2% спиртовой раствор йода (салициловый спирт) 2% таниновая мазь	Физиологический раствор (дистиллированная вода, водный раствор фурацилина 1 : 5000), 2% спиртовой раствор йода (салициловый спирт) Вазелиновое (растительное) масло 2% таниновая мазь	3% раствор водорода пероксида 70% этиловый спирт 5% раствор калия перманганата Пленкообразующий антисептик (например, «Лифузоль», «Статизоль»)

Уход за *пуповинным остатком* и *пупочной ранкой* осуществляют открытым способом или под пленкой аэрозольного антисептика («Лифузоль», «Статизоль»). Пленка сохраняется до 6–8 дней. При обработке аэрозолем защищают глаза и промежность ребенка от попадания препарата на слизистую глаз, дыхательных путей и половых органов.

При выполнении туалета *пуповинного остатка* соблюдают *последовательность* обработки в зависимости от его состояния. При сочном остатке сначала обрабатывается срез как наиболее вероятные входные ворота инфекции, затем круговыми движениями весь остаток сверху вниз по направлению к основанию. Когда пуповинный остаток мумифицируется, сначала обрабатывают его основание – участок предстоящего отторжения, а затем снизу вверх весь остаток и кожу вокруг него от центра к периферии. Остаток отпадает на 3–5-й день жизни.

Обработка *пупочной ранки* выполняется до ее заживления, в среднем 10–14 дней, у недоношенных детей – более продолжительно. Обработка ранки анилиновыми красителями, такими, как раствор бриллиантового зеленого, метиленового синего, спиртовой раствор хлорофиллипта, затрудняет определение первых симптомов ее воспаления.

Таблица 3. Алгоритм проведения туалетов новорожденного ребенка

Наименование манипуляции	Алгоритм выполнения
Туалет новорожденного	<p style="text-align: center;"><u>Подготовительный этап</u></p> <p>Подготовить себя и рабочее место к выполнению манипуляции → распеленать ребенка, не касаясь кожи, → обработать руки антисептическим раствором</p>
Вторичная обработка новорожденного	<p style="text-align: center;"><u>Основной этап</u></p> <p>Вымыть голову (после сверки текста медальона и браслетов), подсушить → удалить первородную смазку → обработать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • складки кожи спиртовым раствором йода (у недоношенных – салициловым спиртом); • паховые складки и межъягодичную область таниновой мазью
Туалет новорожденного до 4-го дня жизни	<p>Подмыть ребенка → обработать руки антисептическим раствором → обработать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • глаза, носовые ходы, лицо физиологическим раствором (дистиллированной водой). При обработке носовых ходов можно использовать вазелиновое (растительное) масло;

Туалет новорожденного после 4-го дня жизни	<ul style="list-style-type: none"> • наружные половые органы девочек водным раствором фурацилина; • складки кожи спиртовым раствором йода; • паховые складки и межъягодичную область таниновой мазью <p>Выполняется так же, как и туалет новорожденного до 4-го дня жизни, но имеются особенности: складки кожи обрабатывают вазелиновым или растительным маслом (ватный шарик удерживают рукой), кожу вокруг ногтей – спиртовым раствором йода</p>
Туалет пуповинного остатка	<p>Обработать руки антисептическим раствором → обработать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пуповинный остаток и кожу вокруг этиловым спиртом; • пуповинный остаток раствором калия перманганата
Туалет пупочной ранки	<p>Обработать руки антисептическим раствором → развести края ранки → обильно покрыть ранку раствором водорода пероксида → просушить → обработать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ранку и кожу вокруг этиловым спиртом; • ранку раствором калия перманганата, обработать руки антисептическим раствором

В палате совместного пребывания матери и ребенка уход за новорожденным в первые сутки осуществляет медицинская сестра. Она должна **обратить внимание** матери на необходимость соблюдения правил личной гигиены, обучить ее пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами, ухаживать за новорожденным. Медицинская сестра **обязана** объяснить матери цель процедуры, обучить методике и проконтролировать правильность выполнения. В последующие дни пребывания в родо-вспомогательном учреждении мать должна активно участвовать в уходе за новорожденным. При этом она быстрее приобретает знания, закрепляет навыки по кормлению, туалету кожных покровов и слизистых оболочек, пеленанию, измерению температуры тела, взвешиванию, усваивает необходимые гигиенические требования.

Контрольные вопросы

1. Перечислите обязанности детской медицинской сестры при приеме новорожденного из родильного зала. 2. Назовите лекарственные средства для выполнения туалетов новорожденного ребенка. 3. С какой целью применяется таниновая мазь, спиртовой раствор йода? 4. Сравните выполнение вторичной обработки, туалета новорожденного до и после 4-го дня жизни. Выделите общие черты и отличия в их проведении. 5. Учитывая межпредметные связи с манипуляционной техникой, обучите мать проведению туалета новорожденного ребенка (до и после 4-го дня жизни), пеленанию.

Глава 2

УХОД ЗА НЕДОНОШЕННЫМ РЕБЕНКОМ

• Расчет питания. Понятие о потребности ребенка в жидкости • Кормление через желудочный катетер • Кормление через постоянный катетер, введенный через нос • Непрерывное кормление с помощью шприцевого насоса • Согревание • Эксплуатация и дезинфекция инкубатора • Фото-, светотерапия • Транспортировка

Уход за недоношенным ребенком осуществляется с учетом его сниженной толерантности (выносливости) к пище, склонности к асфиксии, несовершенства терморегуляции, низкой сопротивляемости к инфекции, незрелости органов и систем.

РАСЧЕТ ПИТАНИЯ. ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИДКОСТИ

Суточное количество пищи наиболее точно определяют с помощью *калорийного* метода. Для этого необходимо:

1) уточнить возраст и массу тела ребенка;

2) рассчитать *потребность* ребенка *в калориях*. До 14-го дня жизни она составляет $(10 \times n)$ ккал/кг массы тела в сутки, где n – число дней жизни; с 14-го до 21-го дня – 120 ккал/кг, в возрасте 21–30 дней – 130 ккал/кг, после 1 месяца – 140 ккал/кг, к 1 году – 120 ккал/кг;

3) определить *суточное* количество пищи (x). При расчете используют сведения о содержании калорий в молоке (молозиве):

– в 100 мл грудного молока содержится 70 ккал (в молозиве – 140 ккал);

– в x мл грудного молока – рассчитанная потребность ребенка в калориях (z). Следовательно, количество пищи x мл = потребность в калориях $z \times 100 : 70$.

Пример 2 Ребенок в возрасте 1 месяц 2 дня имеет массу 2500 г и, следовательно, нуждается в 350 ккал в сутки ($140 \text{ ккал} \times 2,5 \text{ кг} = 350 \text{ ккал}$). Суточное количество пищи равно $350 \text{ ккал} \times 100 \text{ мл} : 70 \text{ ккал} = 500 \text{ мл}$.

Для определения *количества пищи на одно кормление* необходимо суточное количество молока разделить на число кормлений.

Суточное количество пищи можно определить другим способом: дети с *массой тела 2,5 кг и более* должны получать молоко из расчета 150 мл/кг массы тела.

Дети с *массой тела менее 2,5 кг* в первый день получают 60 мл/кг массы тела, в последующие дни объем молока ежедневно увеличивают на 20 мл/кг массы тела до тех пор, пока ребенок не начнет получать по 200 мл/кг массы тела. Частота индивидуальных кормлений – 8–12 раз в сутки.

Недоношенный ребенок нуждается в достаточном введении жидкости. Она поступает в организм в виде *молока, питья, внутривенно вводимых растворов*. Потребность в жидкости увеличивается из-за ее потери при фототерапии, обезвоживании или уменьшается, если ребенок, например, склонен к отекам. Недостаточное или избыточное введение жидкости может привести к тяжелым последствиям. Поэтому медицинской сестре *особенно важно* точно выполнять назначения, вести строгий учет поступления к ребенку жидкости, своевременно сообщать врачу о затруднениях при его кормлении, проведении инфузионной терапии.

Контрольные вопросы

1. Рассчитать суточное количество молока, необходимое семидневному ребенку (масса тела при рождении 1850 г).
2. Рассчитать суточное количество молока, необходимое двухмесячному ребенку (масса тела при рождении 2100 г).
3. Как определить количество молока на одно кормление?
4. Как медицинская сестра контролирует поступление к ребенку жидкости?
5. Какие последствия могут возникнуть, если количество молока, питья, внутривенно вводимых растворов не соответствует назначению врача?

КОРМЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОЧНЫЙ КАТЕТЕР (ЗОНД)

Показаниями для кормления через желудочный катетер являются отсутствие или дискоординация сосательного и глотательного рефлексов, выраженные нарушения дыхания.

Наиболее часто эти рефлексы отсутствуют или слабо выражены у недоношенных новорожденных с массой тела менее 1500 г и гестационным возрастом 30 недель и менее, у детей в тяжелом состоянии (например, с перинатальным повреждением центральной нервной системы). Если частота дыхания у ребенка более 80 в 1 мин, из-за высокого риска аспирации пищи он также нуждается в зондовом кормлении. Крайне незрелые и находящиеся в тяжелом состоянии дети обычно в первые – вторые сутки жизни получают парентеральное питание.

Различают *два способа* кормления ребенка с помощью желудочного катетера: через рот и через нос. Обычно катетер (рис. 3 на цв. вкл.) вводят в желудок через рот. Если при его введении возникают апноэ, брадикардия, усиливается цианоз или состояние оценивается как тяжелое, устанавливают *постоянный катетер* через нос.

Режим кормлений может быть непрерывным и порционным. *Непрерывное* (пролонгированное) *зондовое кормление* проводят с помощью шприцевого насоса. Оно показано при синдроме срыгиваний, частичном парезе кишечника, выраженной дыхательной недостаточности, а также для увеличения калорийности пищи маловесным детям.

Кратность *порционных кормлений* обычно составляет 7–8 раз в сутки. По мере улучшения состояния и появления активного сосания кратность питания через катетер уменьшают, ребенка переводят на кормление из ложечки (чашки) или прикладывают к груди. Кормление из бутылочки способствует отказу ребенка от вскармливания грудью в дальнейшем.

Особые требования предъявляются к *катетеру*. Он должен быть стерильным, однократного использования, рентгеноконтрастным. Подбор внешнего диаметра катетера зависит от массы тела ребенка: при массе тела до 2000 г внешний диаметр его должен быть 1,7 мм (№ 6), от 2000 г до 3500 г – 2,0 мм (№ 8), более 3500 г – 3,3 мм (№ 10). Предпочтительнее использовать катетер, изготовленный из интактного и термолabileного материала (рис. 4).

Немаловажное значение имеет *глубина введения* катетера. Она определяется суммой расстояний от переносицы до мочки уха и далее до мечевидного отростка грудины. Короткий катетер находится в пищеводе. Это способствует возникновению зияния кардиального отдела желудка, срыгиваний. Через длинный катетер молоко сразу попадает в щелочную среду двенадцатиперстной кишки и полностью не расщепляется. В дальнейшем это приводит к дисфункции желудочно-кишечного тракта, пилороспазму, эзофагиту.

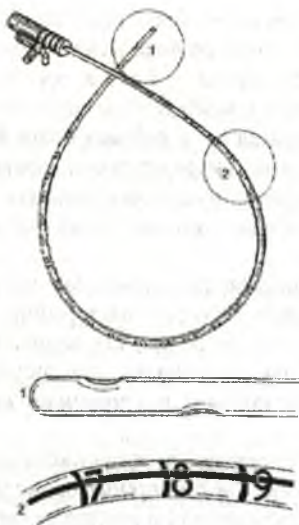


Рис. 4. Желудочный катетер:
1 — боковые отверстия; 2 — деления

Первые зондовые кормления начинают с *дистиллированной воды и изотонического раствора натрия хлорида* (в соотношении 1:1) с постепенным переходом на грудное молоко. Перед кормлением проверяют принадлежность грудного молока (материнское молоко наиболее отвечает потребностям ребенка) и подогревают его до температуры тела. Во время введения катетера и кормления *оценивают состояние* ребенка: появление кашля и цианоза свидетельствует о попадании катетера в дыхательные пути и требует немедленного его извлечения и подачи

ребенку кислорода; при возникновении рвоты обязательна санация дыхательных путей.

По назначению врача (детям в тяжелом состоянии каждые 3 ч) проводят измерение *остаточного содержимого* желудка, а следовательно, оценивают его эвакуаторную функцию. Если остаточное содержимое составляет более $1/3$ – $1/4$ введенного количества пищи, объем ее уменьшают или изменяют состав, режим кормлений. Количество пищи соответствует потребности, если у ребенка отсутствуют срыгивания, рвота, парез кишечника, патологические примеси в содержимом желудка.

Характер содержимого желудка определяет *дальнейшую тактику*:

- при отсутствии патологических примесей рекомендуется обратное введение содержимого в желудок. Его возврат предотвращает потерю электролитов, ферментов;

- если получена жидкость с прожилками крови (в виде кофейной гущи) или створоженное молоко желтого, зеленого цвета, возврату в желудок оно не подлежит;

- при появлении в шприце обычного молока его вводят в желудок, последующий объем согласовывают с врачом;

• в случае, когда поршень шприца оттягивается с трудом (в желудке вакуум!), его движение прекращают, чтобы избежать повреждения слизистой оболочки желудка.

При кормлении через зонд необходимо предупреждать возможные *осложнения*: аспирацию молока и асфиксию, повреждение слизистой оболочки желудка, срыгивания, метеоризм, останков дыхания во время кормления.

■ Предупредить *аспирацию молока и асфиксию* позволяют придание ребенку устойчивого положения на боку с возвышенным изголовьем, подача кислорода до и после кормления, санация носовых ходов и полости рта (при необходимости), правильная глубина введения катетера, оценка состояния ребенка во время введения зонда, соблюдение техники кормления и извлечения катетера после кормления.

Возвышенное изголовье придается с помощью подставки инкубатора, щита под матрасом кровати, закладывания верхнего угла пеленального матраса, приподнимания ножек кровати со стороны изголовья. Фиксируют спинку малыша валиком из пеленки.

Для предупреждения аспирации молока во время извлечения катетера заглушка должна быть закрыта, просвет катетера пережат возле рта. Удаляют катетер быстрым движением.

■ *Повреждение слизистой оболочки желудка* предупреждает правильный выбор катетера с боковыми отверстиями и закругленным концом, обязательное отсоединение шприца от катетера при извлечении из шприца поршня, введение молока в желудок самотеком, без поршня.

■ *Срыгивания* появляются вследствие аэрофагии, перекорма, недостаточной глубины введения катетера, нарушений техники выполнения манипуляции. Предрасполагают к этому недоразвитие пищевода-желудочного сфинктера, слабая моторика желудочно-кишечного тракта ребенка.

Для профилактики *аэрофагии* (в последующем и *метеоризма*) перед введением молока в шприц его следует наклонить и опустить ниже уровня желудка, молоко вливать по стенке. Предупредить срыгивания можно, если после кормления оставить на несколько минут катетер в желудке, после его извлечения придать ребенку (если позволяет состояние) вертикальное положение, затем уложить его на бок с возвышенным изголовьем, создать охранительный режим.

■ **Остановка дыхания** возникает, как правило, у глубоко-недоношенных или детей, находящихся в тяжелом состоянии из-за отсутствия координации сосания, глотания и дыхания, усиления сердечной и дыхательной недостаточности. Для предупреждения этого осложнения рекомендуется своевременный перевод ребенка на непрерывный режим кормлений, возможно, на парентеральное питание.

После кормления ребенка следует сделать запись в *медицинской документации*: способ кормления (грудное, зондовое, парентеральное); режим кормления (порционный или непрерывный); количество и состав пищи; реакции ребенка на введение катетера; количество и состав остаточного объема пищи.

КОРМЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ ПОСТОЯННЫЙ КАТЕТЕР, ВВЕДЕННЫЙ ЧЕРЕЗ НОС

Перед введением катетера необходимо обеспечить *проходимость* носовых ходов. Затем левой рукой фиксировать голову ребенка, правой – взять катетер как пишущее перо и без усилий ввести в носовой ход, направляя по носоглотке вертикально вниз. *Глубина введения* катетера равна расстоянию от кончика носа до мочки уха, умноженному на 2.

Катетер *фиксируют* узкой полоской лейкопластыря. Его крепят к щеке. Возможна другая фиксация, когда катетер оборачивают двумя турами лейкопластыря, оставляя свободными оба конца. Один конец прикрепляется под нижней губой, второй – на щеке.

Катетер в желудке оставляют с *закрытой* канюлей. *Смена* катетера проводится каждые 48 ч. В дальнейшем контролируют *фиксацию* катетера, номер его крепления отмечают в *листе наблюдения*.

НЕПРЕРЫВНОЕ КОРМЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ КАТЕТЕР С ПОМОЩЬЮ ШПРИЦЕВОГО НАСОСА (ГАСТРАЛЬНАЯ КАПЕЛЬНИЦА)

В желудок вводят катетер и фиксируют его лейкопластырем. Через катетер вливают 2 мл *стерильного изотонического раствора натрия хлорида*. При отсутствии у ребенка беспокойства к катетеру подсоединяют шприц с молоком. Шприц закрепляют на шприцевом насосе и устанавливают скорость подачи молока, включают шприцевый насос. Количество молока должно быть

израсходовано *в течение 3 ч.* Не позднее этого срока от начала кормления шприц меняют на другой шприц с молоком и продолжают кормление. Молоко в насосе не подогревают.

При необходимости *введения* в желудок *лекарства* шприц с молоком отсоединяют от катетера, другим шприцем вводят лекарственный препарат (предварительно его разводят в 2 мл подогретого до температуры 38–40 °С *изотонического раствора натрия хлорида*). Затем подсоединяют шприц с молоком и включают насос.

Во время кормления обязателен *контроль* состояния ребенка, скорости подачи молока, его внешнего вида, последующего положения катетера, особенно перед каждой сменой шприца.

Контрольные вопросы

1. Перечислите показания для кормления ребенка через желудочный катетер.
2. Какие существуют способы и режимы кормления с помощью катетера?
3. В каких ситуациях они используются?
4. Назовите требования, предъявляемые к катетерам.
5. Что вводят в желудок при первых зондовых кормлениях?
6. Какая позиция придается ребенку перед кормлением? Почему?
7. С какой целью ребенку подается кислород? Когда его подают?
8. На какую глубину вводят катетер в желудок?
9. Почему при введении катетера может возникнуть рвота (кашель, цианоз)? Что следует делать в данной ситуации?
10. Как контролируют положение катетера в желудке?
11. С какой целью проводят ревизию содержимого желудка?
12. Как следует поступить, если содержимое желудка прозрачное (мутное, с патологическими примесями)? Почему?
13. Какую позицию следует придать шприцу перед заполнением его молоком? Почему?
14. С какой целью перед извлечением катетера из желудка его перекрывают?
15. Перечислите возможные осложнения при кормлении через зонд. Как их предупредить?
16. Учитывая межпредметные связи с манипуляционной техникой, составьте алгоритм кормления ребенка через желудочный катетер.
17. Какая информация должна содержаться в медицинской документации при кормлении через зонд?
18. Как фиксируют постоянный катетер?
19. Как часто его меняют?
20. Опишите непрерывное кормление с помощью шприцевого насоса.

СОГРЕВАНИЕ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Терморегуляция недоношенного ребенка крайне несовершенна. Температура тела зависит от температуры окружающей среды. Дети быстро охлаждаются и также способны быстро перегреваться. Из-за незрелости центральной нервной системы недоношенные с одинаковой массой и одного возраста по-разному удерживают температуру тела.

К охлаждению ребенка *предрасполагают*: 1) усиленная теплоотдача из-за большой поверхности тела по отношению к массе и недостаточного развития подкожного жирового слоя; 2) сниженная продукция тепла в связи с малым количеством пищи в первые недели жизни, низкой активностью мышц, недостаточностью окислительных процессов. Дефекты ухода могут стать непосредственной причиной охлаждения. Охлаждение *проявляется* бледностью кожных покровов, снижением физиологических рефлексов, ухудшением общего состояния.

Перегревание ребенка связано с несовершенством терморегуляционного центра, недоразвитием потовых желез, недостаточной реакцией сосудов кожи на тепловой раздражитель. Оно *характеризуется* повышением температуры тела (иногда до 40 °С), появлением одышки, вялостью, ухудшением активности сосания, учащением стула. У детей с повреждением центральной нервной системы могут возникнуть судороги, с геморрагическим синдромом – усилиться кровоточивость.



Рис. 5. Кроватка с подогревом

Дополнительное согревание новорожденного ребенка медицинская сестра проводит строго по назначению врача. В листе наблюдения врач определяет метод согревания. Для согревания применяют термоматрац, термозащитную пленку, матрац из меха, вязаные комплекты, грелки, кровати с подогревом (рис. 5), инкубатор. Гелевые и резиновые грелки используют, когда нет возможности применить другие способы согревания.

Особую осторожность соблюдают при обогреве новорожденных без сознания, с нарушением микроциркуляции, недоношенных и маловесных детей, при гипотрофии, больных с нарушением кожной чувствительности.

Во время процедуры тщательно наблюдают за состоянием кожных покровов и температурой тела ребенка. Соблюдение техники выполнения согревания позволяет избежать *осложнений* – перегревания новорожденного и ожога поверхности тела. В случае покраснения кожи на месте согревания обогрев прекращают и срочно сообщают о возникшем осложнении врачу.

Дополнительное согревание проводят *до нормализации* температуры тела. Медицинская сестра делает отметку *в листе наблюдения* о выполненной процедуре. *Если* процедура не завершена к передаче смены, в журнале передачи смены отмечают факт использования дополнительного обогрева.

Оснащение рабочего места: 1) термоматрац; 2) термозащитная пленка; 3) матрац из меха, пакет для его хранения; 4) грелки (гелевая, резиновая), емкость с теплой водой; 5) вязанный комплект; 6) пеленки, полотенце; 7) клеенка; 8) медицинский термометр; 9) рефлектор; 10) инкубатор; 11) кровать с подогревом; 12) емкости с антисептическим и дезинфицирующим растворами для обеззараживания рук и поверхностей.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРМОМАТРАЦА

Оснащение рабочего места см. «Согревание недоношенного ребенка».

Подготовительный этап выполнения манипуляции. 1. Проверить *отсутствие повреждений* на покрытии термоматраца.

2. Провести дезинфекцию его поверхности. Вымыть и просушить *руки*.

3. Положить термоматрац в кровать и включить в сеть. Он прогревается *до 37–38 °С*. Состояние подогрева *проверяют* прикосновением к нему внутренней стороной предплечья.

4. Положить на термоматрац теплую пеленку.

Основной этап выполнения манипуляции. 5. Уложить ребенка на обогреваемую поверхность. Длительность обогрева должна *соответствовать назначению* врача. Обязателен *контроль* температуры тела.

Заключительный этап выполнения манипуляции. 6. После окончания процедуры выключить термоматрац из сети, извлечь из кровати и обработать его рабочую поверхность *дезинфицирующим раствором*. Вымыть и просушить *руки*.

7. Отметить время обогрева *в листе наблюдения*.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРМОЗАЩИТНОЙ ПЛЕНКИ

Оснащение рабочего места см. «Согревание недоношенного ребенка».

Подготовительный этап выполнения манипуляции. 1. Вымыть и просушить *руки*.

2. Завернуть термозащитную пленку в хлопчатобумажную пеленку как в пододеяльник. Нагреть ее с помощью рефлектора.

Основной этап выполнения манипуляции. 3. Уложить ребенка. Накрыть новорожденного термозащитной пленкой. *Верхний край* ее должен находиться на уровне подмышечной области, *нижний* – прикрывать стопы (рис. 6 на цв. вкл).

Заключительный этап выполнения манипуляции. 4. После окончания процедуры снять с ребенка термозащитную пленку.

5. Отметить время обогрева *в листе наблюдения*.

6. Обработать поверхности термозащитной пленки и пакет для ее хранения *дезинфицирующим раствором* (3 % раствором водорода пероксида или 70% этиловым спиртом). Положить термозащитную пленку, а также этикетку с указанием даты, времени обработки, подписи медсестры в пакет для хранения.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕХОВОГО МАТРАЦА

Оснащение рабочего места см. «Согревание недоношенного ребенка».

Подготовительный этап выполнения манипуляции. 1. Вымыть и просушить *руки*.

2. Извлечь меховой матрац из полиэтиленового пакета. Провести *кварцевание* меха в течение *30 мин*. Лампу для кварцевания располагают на расстоянии 0,5 м.

3. *Нагреть* матрац и вязанный комплект ребенка под рефлектором.

4. Покрыть обычный матрац простынькой, положить на нее мех. Сложить две хлопчатобумажные *пеленки* в 6–8 раз в виде квадрата под голову и тазовую область. В середину пеленки, которую кладут под тазовую область, вложить подкладочную клеенку.

5. Надеть на ребенка вязанный комплект.

Основной этап выполнения манипуляции. 6. Уложить ребенка на матрац из меха (рис. 7 на цв. вкл.). Мех используют *не более двух дней*, при загрязнении он подлежит замене.

Заключительный этап выполнения манипуляции. 7. Выстирать после использования мех в мыльном растворе, прополо-

скать и просушить. Провести его *дезинфекцию* в дезинфекционной камере. Хранить чистый мех в полиэтиленовом пакете в ящике или пеленке. В пакет положить этикетку с датой дезинфекции и подписью медсестры, проводившей обработку.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЕВОЙ ГРЕЛКИ

Оснащение рабочего места см. «Согревание недоношенного ребенка».

Подготовительный этап выполнения манипуляции. 1. Вымыть и просушить *руки*.

2. Нагреть гелевую грелку в горячей ($40-50\text{ }^{\circ}\text{C}$) воде. *Проверить* температуру грелки – положить ее на внутреннюю поверхность предплечья.

Основной этап выполнения манипуляции. 3. Приложить грелку к назначенной области. Она должна только *прикасаться* к телу ребенка. Во время процедуры проверяют *состояние кожи* в местах прикосновения грелки, особенно тщательно каждые *5 мин* в течение *30 мин* от начала обогрева.

Заключительный этап выполнения манипуляции. 4. После окончания процедуры извлечь грелку, вымыть ее с мылом, ополоснуть и протереть наружную поверхность *дезинфицирующим раствором*. Вымыть и просушить *руки*.

5. Отметить время обогрева ребенка *в листе наблюдения*.

6. *Хранить* грелку в полиэтиленовом мешке или ящике, коробке. Каждые три дня емкость для хранения обрабатывать дезинфицирующим раствором. В пакет (емкость) положить этикетку с указанием даты, времени обработки, подписи медсестры, проводившей обработку.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЗИНОВОЙ ГРЕЛКИ

Оснащение рабочего места см. «Согревание недоношенного ребенка».

С целью создания комфортных микроклиматических условий выхаживания ребенка температура воды в грелке должна быть $42-45\text{ }^{\circ}\text{C}$. Грелка лучше сохраняет тепло, если после заполнения водой в ней не остается воздуха.

Для *предупреждения ожогов кожи* необходимо: перед процедурой проверить герметичность грелки, ее температуру (приложив на 1–2 мин к внутренней поверхности предплечья), обер-

нуть грелку пеленкой в четыре сложения и положить ее между слоями одеяла горловиной вверх на расстоянии 8–10 см от тела. Во время процедуры *контролируют* температуру тела и проверяют состояние кожи под грелкой *каждые 5 мин* в течение 30 мин от начала обогрева.

Для дополнительного согревания обычно используют *три грелки* – одну прикладывают к стопам, две другие – с обеих сторон туловища. Температура воздуха под одеялом поддерживается в пределах 28–30 °С. *Меняют* грелки *поочередно*. Если температура тела выше 37 °С, следует убрать все используемые грелки или оставить только одну, которая лежит у ног. Время обогрева отмечают *в листе наблюдения*.

Контрольные вопросы

1. Как проявляется несовершенство терморегуляции недоношенного ребенка?
2. Какие факторы предрасполагают к охлаждению (перегреванию) ребенка?
3. Опишите признаки охлаждения (перегревания) ребенка.
4. Перечислите методы дополнительного согревания недоношенного ребенка.
5. При обогреве каких детей следует соблюдать особую осторожность?
6. Какие осложнения могут возникнуть при нарушении техники обогрева? Как их избежать?
7. Какая должна быть температура воды в грелке для дополнительного обогрева недоношенного ребенка? Почему?
8. Как укладывают и меняют грелки при согревании ребенка?
9. Составьте опорные сигналы последовательности обогрева ребенка различными способами.

ВЫХАЖИВАНИЕ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В ИНКУБАТОРЕ

ЭКСПЛУАТАЦИЯ ИНКУБАТОРА

Инкубатор (кувез) *предназначен* для выхаживания и лечения недоношенных детей 2–4-й степени, а также новорожденных в тяжелом состоянии. *Срок пребывания* ребенка в инкубаторе зависит от массы тела при рождении, его зрелости и тяжести состояния.

Инкубатор состоит из корпуса и кабины (рис. 8). *В корпусе* размещены электротехническое оборудование, автоматическая электронная система и приборный блок.

Кабина состоит из колпака, плиты и матраца. Прозрачный колпак инкубатора позволяет наблюдать за новорожденным, снижает потери тепла. Стенки колпака имеют дверцы доступа и

отверстия для инфузионных и дыхательных трубок. Открывающиеся панель и дверцы, выдвижная кроватка с изменяемым углом наклона обеспечивают удобный доступ к ребенку для лечения и ухода за ним. Подключение дополнительной аппаратуры позволяет проводить мероприятия интенсивной терапии – санацию дыхательных путей, искусственную вентиляцию легких, дозированное введение лекарственных средств, переливание крови, рентгеноскопию.

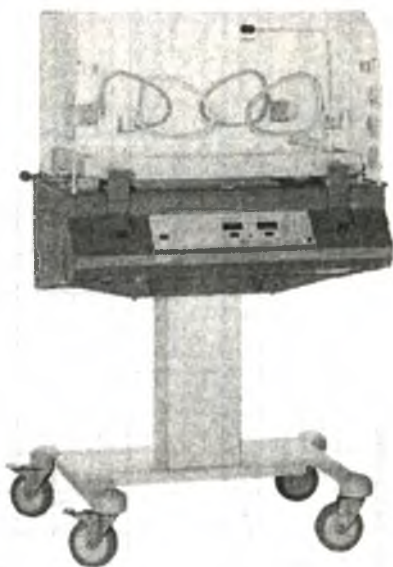


Рис. 8. Инкубатор

В инкубаторе регулируются *температура, относительная влажность воздуха, концентрация кислорода*, имеется *система* контроля и тревожной *сигнализации*. Благодаря этому внутри инкубатора обеспечивается заданный температурный режим, равномерное распределение тепла и увлажнение воздуха, подача кислородно-воздушной смеси.

В инкубаторе поддерживается *температура от 32 °C до 36 °C*. Она оптимальна, если температура тела ребенка сохраняется в пределах *36,5–37 °C*, тем самым исключается его перегревание и охлаждение. В инкубаторах интенсивного ухода температура воздуха регулируется автоматически по показаниям кожных датчиков.

На температуру в инкубаторе могут повлиять различные предметы, помещенные внутрь него и способные изменять поток воздуха (например, использование кислородного колпака), воздействие прямых солнечных лучей, близкое расположение лампы фототерапии и других теплоизлучающих источников. Отклонение температуры от установленной происходит при открытых дверцах или панели инкубатора.

Таблица 4. Лист интенсивного наблюдения

Дата 23.12.02 г. Фамилия Иванова Имя Ольга № №/6 324		Состояние _____ Класс тяжести III Группа крови Rh ребенка 0(URh "поп." (матери) a(URh "поп."		Сутки жизни 5-е Сутки в отд. 5-е Срок гест: 28 нед. Вес рожд. 1.145		Вес на 4 ^ю 1.300/1.260 Динамика +40 Должный вес _____ Дефицит / избыток _____		Леч. врач _____ Леч. м/с _____ Деж. врач _____ Деж. м/с _____																			
Пост / ТС кровати 34																											
Программа наблюдения		9 ⁰⁰	10 ⁰⁰	11 ⁰⁰	12 ⁰⁰	13 ⁰⁰	14 ⁰⁰	15 ⁰⁰	16 ⁰⁰	17 ⁰⁰	18 ⁰⁰	19 ⁰⁰	20 ⁰⁰	21 ⁰⁰	22 ⁰⁰	23 ⁰⁰	24 ⁰⁰	1 ⁰⁰	2 ⁰⁰	3 ⁰⁰	4 ⁰⁰	5 ⁰⁰	6 ⁰⁰	7 ⁰⁰	8 ⁰⁰	Доп. отметки	
МОНИТОРИНГ	Динамика патологического процесса	Поражение ЦНС						Ухудшение, перевод на ИВЛ						Поражение ЦНС с ухудшением						ВПС Патологические симптомы							
	АД мм рт.ст.				52/30			71/66			74/34			53/30			53/32										
	ЧСС уд. в 1 мин	157		135				Δ 90	162	80	142			138		147		139		147		154		140	145	Брадикардия	
	Т° тела, °С	36,6									35,1				36,0			37,4									апноэ; цианоз
	Частота дыхания	56		48		46		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Сгу/диурез	+/-		+/+		+/+		+/+		+/+		+/+		+/+		+/+		+/+		+/+		+/+		+/+		+/+	
	Вес/окр. головы																										
	Т° кожных, °С	34		34		34		34		34		34		34		34		34		34		34		34		34	АНАЛИЗЫ
	СаО ₂												100%		100%		100%		100%		100%		Δ ++				ОАК ОАМ
	Эмоциональная	+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -	Р-рп. ОГК
	Двигательная	+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -	УЗИ бр. пол.
	Розовая окр. кожи	+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -	
	Желтушность	+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -	Размеретие дых. конт.
	Ребенок беспокоен																										Открыт. крышки козел
	Судороги																										Смена пеленок
Вздут живот	+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -		+ -	Перезамена нит. трубки	
Одышка																											

Окончание табл. 4

МОНИТОРИНГ	Иррадиантность	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	Ч/нос		
	Акродиазоз	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	Ч/рот	
	ППВ ИЛА																										Термопленка
	Положение (жив. сп, пр, лев)	пр.	жив.	лев.		сп.			пр.	лев.			сп.	жив.	пр.			лев.	сп.								Смена дых. контурол
	Зибромассаж																										Обработка кожи (туал)
	Ингаляция																										Санация носа
	Фототерапия																										Обработка рта
	Промывание носа		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+	+	Обработка глаз
	Санация рта		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+	+	Обработка носа
	Санация инт. трубки							+			+			+			+			+			+		+	+	
	Наедение физ. р-ра (мл)																										
	Объем одного кормления (мл)		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+	+	Перор. препараты
	Ревизия ЖКТ (мл)			+N												+N											
	Срыгивания																										Veraspiron 0,006
	Кипл. содержимое																										Sol. MgSO ₄ 3%-3,0
	Зелен. окр.																										
	Кровь																										
	Замена шприцев																										
	Описание изменений на слизистых							Серозно-гнойное отделяемое в носоглотке									Серозно-гнойное отделяемое в носоглотке								Манипуляции		
	Описание изменений на коже																										Смена жел. зонда
																										жел. зонд 1 с	
																										Очистительная клизма с 4% NaCl, V = 15 ml	

32

2 Декабрь

33

Влажность воздуха в первые сутки составляет *до 90%*, затем *60–65%*.

Концентрация увлажненного **кислорода** поддерживается около *30%*. **Метод** подачи, **концентрация** и **длительность** кислородотерапии *индивидуальны* для каждого ребенка. Целесообразно обеспечить минимальную концентрацию кислорода, при которой исчезают признаки гипоксии (цианоз кожных покровов и слизистых оболочек, низкая двигательная активность, редкое дыхание с длительным апноэ, брадикардия). В отделении реанимации применяют интенсивность кислородотерапии в зависимости от показателей парциального давления кислорода (pO_2) в крови ребенка.

При работе с кислородом необходимо соблюдение *мер безопасности*. Эксплуатация инкубатора требует *постоянного наблюдения* за новорожденным (табл. 4). Ежедневно следует проводить *контроль* системы тревожной *сигнализации*.

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИНКУБАТОРА

Высокая температура и влажность в инкубаторе способствуют размножению микроорганизмов, поэтому выхаживание ребенка в инкубаторе требует строгого соблюдения *санитарно-гигиенического режима*.

Чистку и дезинфекцию аппарата выполняют перед поступлением нового ребенка, через каждые три дня при длительном его пребывании в инкубаторе, а также в случае, если он простоял без ребенка пять дней.

Дезинфицирующие растворы поступают из аптеки лечебно-профилактического учреждения. На тару с дезинфицирующим средством наклеивают этикетку с указанием его названия, концентрации, даты приготовления, срока хранения.

Дезинфицирующие средства и их растворы хранят отдельно от лекарственных препаратов. Расфасовку, приготовление рабочих растворов проводят в вытяжном шкафу или в отдельном помещении в резиновых перчатках, герметичных очках и респираторе (четырёхслойной марлевой маске). После работы руки моют водой с мылом. При попадании дезинфицирующих средств на незащищенную кожу или слизистую глаз немедленно обильно промывают эти области чистой водой.

Дезинфекцию инкубатора осуществляют в хорошо проветриваемом помещении, оснащенном бактерицидными ультрафиолетовыми облучателями (настенными или потолочными) и передвижной бактерицидной лампой.

Требуется строго соблюдать *последовательность* всех *этапов* обеззараживания и последующей обработки инкубатора, точно выполнять сроки экспозиции и проветривания. Это обеспечит эффективное обеззараживание и максимальное удаление с обрабатываемых поверхностей дезинфицирующих средств.

Для дезинфекции инкубатора используют одно из средств *бактерицидного* и *вирулоцидного* действия — 3% раствор водорода пероксида с добавлением 0,5% раствора моющего средства типа «Лотос» («Новость», «Триас-А», «Прогресс», «Астра», «Айна»), 0,2% раствор сульфохлорантина; *бактерицидного* действия — 3% раствор ниртана, 1% раствор амфолана, «Микроцид» и др.

Рабочие *растворы* водорода пероксида используют в течение первых суток после приготовления. Их хранят в плотно закрытой таре в темном месте при температуре 20–21 °С, предохраняя тем самым растворы от разрушения.

Оснащение рабочего места: 1) инкубатор интенсивной терапии для новорожденных; 2) емкость с дезинфекционно-моющим средством (50–70 мл на одну обработку); 3) емкость со стерильной дистиллированной водой для обработки поверхностей инкубатора (100–150 мл); 4) емкость с увлажнителем для залива в резервуар (несколько литров дважды дистиллированной воды в зависимости от модели инкубатора); 5) стерильная пеленка или ветошь; 6) бактерицидная лампа; 7) перчатки медицинские.

Подготовительный этап выполнения манипуляции. 1. *Разобрать* инкубатор для чистки и дезинфекции.

Для этого следует отключить кабель электропитания инкубатора от сети, снять узел подводки кислорода и отсоединить кислородные шланги. Опорожнить емкость увлажнителя. Снять электронный блок. Слить воду из резервуара увлажнителя. Снять фильтр тонкой очистки. Извлечь матрас в чехле и осмотреть — при проколе или разрыве его следует заменить. Снять поддон матраса и крышку воздушной завесы, подъемные устройства, прокладки колпака и дверцы, манжеты с отверстий на боковых стенках колпака, воздухозаборную трубку.

2. *Очистить* инкубатор от всех твердых отходов и загрязнений.

3. Перед обеззараживанием поверхностей надеть резиновые *перчатки*.

Основной этап выполнения манипуляции. 4. Протереть ветошью, смоченной (дважды с интервалом 15 мин) в *дезинфекци-*

онно-моющим раствором и слегка отжатой, внутреннюю поверхность кабины, полку, матрац, ручки, затем наружную поверхность инкубатора. При использовании «Микроцида» оросить поверхности. Дезинфекция прозрачного колпака может проводиться *0,25% раствором уксусной кислоты* (дважды с интервалом 15 мин).

5. **Закреть** инкубатор колпаком на 1ч. Сменить халат.

6. Открыть колпак инкубатора и дважды протереть поверхность стерильной ветошью, обильно смоченной *стерильной водой*.

7. **Насухо** протереть поверхности стерильной ветошью.

8. Произвести **сборку** инкубатора после чистки и дезинфекции.

9. Вложить **новые фильтры** в инкубатор (в инкубаторе интенсивного ухода смену фильтров выполняет техник).

10. Включить **бактерицидную лампу** на расстоянии *0,5–1 м* от инкубатора и направить свет на открытую камеру. Если для дезинфекции применялся раствор *водорода пероксида*, экспозиция облучения составляет **60 мин**. В некоторых моделях инкубаторов кварцевание не проводится. Помещение, в котором находится инкубатор, подлежит кварцеванию.

11. Залить *дистиллированную воду* в резервуар увлажнителя.

12. Закреть колпак и **включить** инкубатор на 5 ч, если для дезинфекции использовался *раствор водорода пероксида*.

Заключительный этап выполнения манипуляции. 13. Поставить переключатель «Сеть» в положение «0» и отсоединить кабель от сети электропитания.

14. Закрепить на инкубаторе **этикетку** с указанием даты проведения последней дезинфекции, использованного дезинфицирующего средства, подписи медицинской сестры, проводившей обработку.

15. Переместить инкубатор в детскую палату. Установить заданные врачом параметры: температуру, влажность, скорость подачи кислорода. Проверить исправность аппарата.

УХОД ЗА РЕБЕНКОМ В ИНКУБАТОРЕ

Подготовительный этап выполнения манипуляций. 1. Вымыть **руки**.

2. Установить инкубатор на рабочее место на расстоянии **не ближе 1 м** от стен и окна. **Фиксировать** его положение торговыми педалями. Не допускается опираться на инкуба-

тор, ставить на тенд любые предметы, хлопать окошками во время открывания.

3. Перед использованием инкубатора *проверить его исправность*.

4. *Застелить* матрац инкубатора фланелевой пеленкой. На нее положить две хлопчатобумажные пеленки в 6-8 сложенных в виде квадрата под голову и тазовую область ребенка. В середину пеленки, используемой под тазовой областью, вложить подкладочную клеенку. При применении валика или головного кольца покрыть их пеленкой. Пеленки для ухода за ребенком в возрасте *менее 2 недель* должны быть *стерильными*.

5. Закрепить на инкубаторе *этикетку* с данными о ребенке: ФИО, пол, название родовспомогательного учреждения, из которого ребенок доставлен, дата рождения, масса тела при рождении.

Основной этап выполнения манипуляций. 6. Снять с ручек новорожденного *браслетки*, надетые в роддоме, поместить их в полиэтиленовый пакет и хранить в инкубаторе. В случае перевода ребенка из отделения на него вновь надеть браслетки.

7. Поддерживать параметры работы инкубатора *согласно назначению* врача в листке наблюдения. При необходимости обеспечить дополнительный обогрев ребенка с помощью термоматраца, термозащитной пленки, матраца из меха, грелок. В инкубаторе ребенок находится в шапочке, варежках и пинетках. По согласованию с врачом допускается надевать памперсы (рис. 9 на цв. вкл.). Особое значение придается созданию *лечебно-охранительного режима*.

8. Все магистрали, проведенные через дверцы доступа, от аппарата энтеральной и парентеральной инфузии должны максимально находиться в инкубаторе. Пережатие трубок *недопустимо*.

9. Дверцы доступа должны быть *закрыты*. Открывают колпак инкубатора только при извлечении ребенка или смене постельного комплекта. Факт открывания отмечают *в листе наблюдения*. Ограничивают открывание окошек.

10. Все медицинские манипуляции осуществляют по возможности в инкубаторе. При проведении процедур и операций ребенка извлекают из инкубатора и выкладывают на реанимационный стол, обеспечив *подогрев* (рис. 10). Инфузионную терапию во время процедур и операций продолжают.

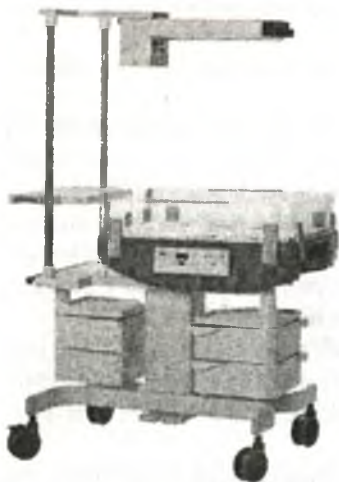


Рис. 10. Открытое устройство для ухода

11. По назначению врача ребенка *взвешивают*. Взвешивание можно выполнить в инкубаторе и вне его. При определении массы тела вне инкубатора весы подготавливают к работе и располагают рядом с ним. Затем открывают колпак инкубатора, отсоединяют ребенка от дозатора, монитора, аппарата ИВЛ (если позволяет состояние), пережимают дренажи зажимом и осторожно кладут его на весы. После взвешивания ребенка снова помещают в инкубатор, подключают все системы, проверяют

состояние магистралей. Записывают массу тела ребенка в *листе наблюдения*. Затем выключают весы, обрабатывают их *дезинфицирующим раствором* и ставят на место.

12. В случае намочания пеленок во время мочеиспускания и дефекации клеенку следует извлечь, обработать дезинфицирующим раствором, промыть под проточной водой с мылом, протереть насухо и заложить в новую пеленку. Загрязненную пеленку сбросить в бак для использованного белья.

13. *Особое внимание* уделяют детям с массой тела *ниже 1000 г*. В инкубатор ребенка помещают на меховой матрац. Для дополнительного обогрева на инкубатор устанавливают солзер. При необходимости используют другие дополнительные методы согревания. Колебания температуры тела допускают в пределах 36,5–37,2 °С. Взвешивание проводят 1 раз в три дня. ЭКГ-монитор слежения не подключают (присоединяют только пульсоксиметр). Внутримышечные инъекции не назначаются. Вся поверхность тела 1 раз в сутки обрабатывают *жидким масляным раствором* для ухода за детской кожей. Извлекают ребенка из инкубатора только по назначению врача.

14. *Положение ребенка* в инкубаторе периодически меняют, переворачивая его на другой бок или живот.

Заключительный этап выполнения манипуляций. 15. Обеспечить *гигиеническое содержание* инкубатора.

После процедур, связанных с разбрызгиванием крови или других биологических материалов, места загрязнения обрабатывают 6 % *раствором водорода пероксида*, затем *мыльным раствором*, смывают *дистиллированной водой* и вытирают насухо. Для обработки используют стерильную ветошь, сменяемую на каждом этапе обработки.

Инкубатор, в котором находится ребенок, обрабатывается снаружи и внутри не менее **2 раз в сутки**.

Контрольные вопросы

1. Назовите показания для выхаживания ребенка в инкубаторе. 2. От каких условий зависит срок пребывания ребенка в инкубаторе? 3. Как эксплуатируется инкубатор? Назовите параметры его работы. 4. Как проводится дезинфекция инкубатора? 5. Опишите уход за ребенком в инкубаторе. 6. С какой целью на инкубаторе размещают этикетки? 7. Какая информация вносится в них?

ФОТО-, СВЕТОТЕРАПИЯ

Фото-, светотерапия назначается при гипербилирубинемии, когда уровень непрямого (несвязанного) билирубина у доношенных новорожденных составляет более 220 мкмоль/л, у недоношенных – более 85 мкмоль/л. Превышение уровня непрямого билирубина представляет *опасность* для новорожденных (в первую очередь для недоношенных) в связи с возможностью развития *ядерной желтухи*.

Для *снижения уровня* непрямого билирубина применяется фототерапия лампами синего и дневного света (рис. 11 на цв. вкл.). Под действием излучения билирубин, содержащийся в коже, распадается. Образовавшиеся нетоксичные фотоизомеры хорошо растворимы в воде, поэтому выводятся с желчью и мочой. Кроме этого, фототерапия увеличивает выработку желчных кислот, что также способствует выведению билирубина из организма.

Продолжительность *курса* – 1–2 дня. Режим фототерапии может быть *непрерывным* в течение 18–24 ч или *прерывистым*, когда 2–3 ч проводится процедура, а затем лампы выключают на 2–3 ч и т. д.

Прерывистая фототерапия позволяет избежать перегревания ребенка и дает возможность оценить цвет кожи. Уровень били-

рубина при этом снижается медленнее, чем при постоянном облучении. Процедуру желательно проводить в инкубаторе, чтобы обеспечить оптимальный для ребенка режим температуры и влажности окружающей среды.

Эффект лечения зависит от площади освещаемой поверхности тела. В связи с этим ребенка рекомендуется переворачивать каждый час. После фототерапии некоторое время может увеличиваться уровень непрямого билирубина за счет нетоксичных фотоизомеров. Моча ребенка становится более темной, иногда отмечается жидкий стул.

К *нежелательным эффектам* фототерапии относятся эритема, обезвоживание (из-за повышения испарения через кожу), перегревание ребенка. При нарушении техники выполнения процедуры у ребенка может развиваться коңъюнктивит.

Ультрафиолетовые лучи ламп синего света могут вызвать нарушения в сетчатке глаз, мутацию половых клеток. Поэтому при работе с этими лампами важна защита половых органов и глаз. Лампы белого света не имеют ультрафиолетовой зоны, содержат красный свет, который обладает выраженным тепловым эффектом. При использовании этих ламп существует опасность перегревания новорожденного, что требует тщательного контроля за температурой тела.

Фототерапию можно проводить с помощью светопроводящего матраца. Ребенок находится в утепленном комбинезоне (см. рис. 11, б на цв. вкл.). Достоинствами этого способа светолечения являются высокая эффективность облучения вследствие близкого расположения лампы, отсутствие ее раздражающего воздействия, возможность лечения ребенка в кроватке и постоянное присутствие матери. Таймер регистрирует время процедуры и общее время работы лампы.

Все инфузионные среды разлагаются под действием направленного света. Поэтому во время процедуры капельницы должны быть *защищены* темной бумагой.

Оснащение рабочего места: 1) лампа синего (дневного) света; 2) защитные приспособления (светозащитные очки, фотобумага или станиолевая фольга, марля, бинт или лейкопластырь); 3) медицинский термометр; 4) инкубатор; 5) вентилятор; 6) лоток для обеззараживания медицинского термометра; 7) емкости с дезинфицирующим раствором для обеззараживания поверхностей.

Подготовительный этап выполнения манипуляции. 1. Установить лампу на расстоянии *0,4–0,5 м над* облучаемой *поверхностью*. Расположить рядом вентилятор для охлаждения поверхности инкубатора.

2. *Обнажить* ребенка.

3. *Защитить глаза и половые органы* ребенка от воздействия света. Для этого на глаза надеть светозащитные очки, половые органы (у девочек и нижнюю часть живота) закрыть светозащитными приспособлениями. Защитные повязки фиксировать бинтом (лучше трубчатым) или пластырем.

4. Уложить ребенка. Голову повернуть набок.

5. Включить лампу.

Основной этап выполнения манипуляции. 6. Направить свет от лампы на поверхность тела ребенка. Режим облучения (непрерывный или прерывистый) должен соответствовать *назначению* врача. Во избежание перегревания следует *контролировать* температуру тела каждые 3–4 ч.

Заключительный этап выполнения манипуляции. 7. После окончания процедуры выключить лампу.

8. Снять с ребенка защитные приспособления. При снятии повязок лейкопластырь отклеивать *осторожно*, чтобы не вызвать мацерацию кожи. Место снятия лейкопластыря обработать *масляным раствором витамина А*. В дальнейшем при прерывистом режиме облучения защитную повязку следует фиксировать лейкопластырем *в другом месте*.

9. *В листе наблюдения* отметить продолжительность процедуры в часах.

10. Использованные светозащитные очки, медицинский термометр обработать *дезинфицирующим раствором*. Вымыть и просушить *руки*.

Контрольные вопросы

1. Перечислите показания для проведения фото-, светотерапии. 2. Чем опасно повышение уровня непрямого (свободного) билирубина? 3. Опишите механизм лечебного действия фототерапии. 4. Какие различают методы проведения фототерапии? Назовите их преимущества и недостатки. 5. Как проводят подготовку ребенка к процедуре? 6. Почему дети, получающие фотолечение, нуждаются в наблюдении? 7. Какие нежелательные последствия могут возникнуть при проведении процедуры?

ТРАНСПОРТИРОВКА НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО

Детям с риском возникновения или с признаками патологии врач определяет *вид перевозки* (неотложная или обычная). В зависимости от состояния ребенка помещают в заранее подготовленный *транспортный инкубатор* (рис. 12) или заворачивают в согретые стерильные пеленки, одеяло с грелкой и доставляют в палату интенсивной терапии (бокс для недоношенных).

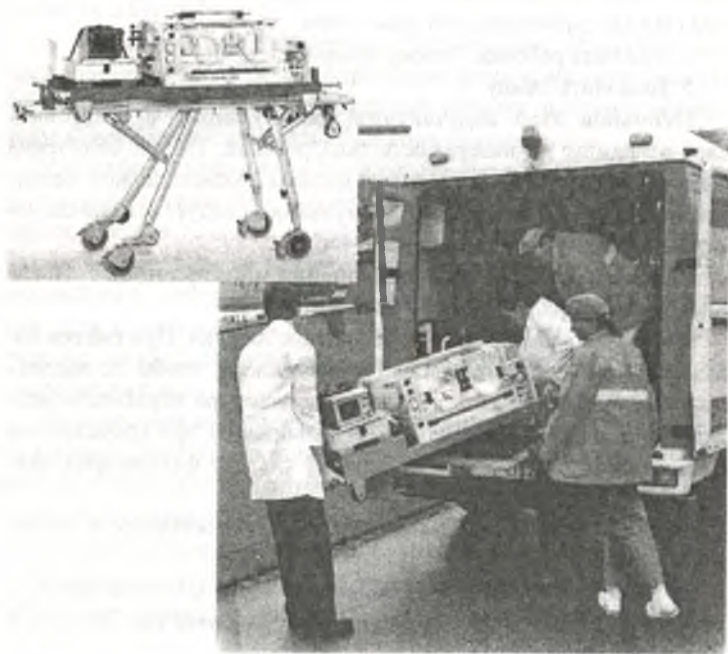


Рис. 12. Транспортный инкубатор

При *подготовке и во время перевозки* новорожденный требует *особого наблюдения и ухода*. Очень важно предотвратить потерю тепла, обеспечить проходимость дыхательных путей и потребность в кислороде, защитить от инфекции.

Иногда требуется проведение *специальных мероприятий*. Так, при открытых дефектах позвоночника, черепа и живота, в случае риска перфорации необходимо закрыть дефект стерильной повязкой с *изотоническим раствором хлорида натрия*. При

гиповентиляции или непроходимости дыхательных путей вводят воздуховод или интубируют ребенка. В случае пневмоторакса увеличивают концентрацию кислорода до 100% без повышения давления. При признаках непроходимости желудочно-кишечного тракта, диафрагмальной грыже через нос в желудок вводят зонд и периодически аспирируют его содержимое.

Контрольные вопросы

1. Какие различают виды перевозки? 2. Как транспортируют недоношенных новорожденных? 3. Почему ребенок во время перевозки требует особого наблюдения и ухода? 4. Какие специальные мероприятия проводят при транспортировке ребенка?

Глава 3

ГИГИЕНА РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

- Требования к предметам ухода, одежде, обуви, посуде
- Уход за ребенком
- Профилактика деформаций скелета

ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕДМЕТАМ УХОДА, ОДЕЖДЕ, ОБУВИ, ПОСУДЕ

Главным требованием при уходе за ребенком раннего возраста является соблюдение *санитарно-гигиенических правил*. Дети должны быть опрятными, предметы ухода, белье, одежда, посуда — содержаться в чистоте. Большое значение имеет личная гигиена лиц, соприкасающихся с ребенком. Прежде чем подойти к малышу, следует тщательно вымыть руки с мылом. Одежда должна быть чистой и выглаженной. Ее хранят в отдельном месте. В помещении обязательна ежедневная влажная уборка.

Предметы ухода необходимо хранить в стерильных упаковках и чистых закрытых емкостях. Личные вещи ребенка кладут в бельевой шкаф на индивидуальную полку. *Одежда* ребенка должна соответствовать возрасту, полу, росту, пропорциям тела, времени года, погоде, не стеснять движений. Она должна предохранять от охлаждения и перегревания, впитывать влагу, хорошо переносить стирку и глажение.

Для нательного белья и легкого платья используют тонкие льняные, хлопчатобумажные (батист, сатин, ситец) и шелковые ткани. Для теплого белья, зимней, демисезонной одежды применяют шерстяные и толстые хлопчатобумажные ткани (байка, фланель, вельвет, репс, шотландка). Утепленные ткани — мех, вата, ватин — нужны для теплозащитной одежды. Ткани из химических и искусственных волокон (ацетат, вискоза, лавсан, капрон)

допускаются в качестве добавлений к натуральным, однако их *не рекомендуется* использовать для внутренних слоев одежды.

Одежда ребенка должна легко одеваться и сниматься, а ее покрой – быть свободным. Она должна быть прочной, красивой, яркой, украшенной аппликацией или вышивкой. На одежде недопустимы лишние детали, увеличивающие ее массу. Крахмалить одежду (особенно белье) *нельзя*, так как это снижает воздухопроницаемость и гигроскопичность, делает ее жесткой.

Для грудных детей рекомендуются распашонки, теплые кофточки, ползунки, колготки, для старших детей – нижнее белье (из хлопчатобумажной ткани и трикотажа), платья, колготки, брючки, верхние рубашки.

В первые **4–6 недель** жизни пользуются конвертом. В возрасте *старше 6 недель* в конверте держат только недоношенных или ослабленных детей. В летнюю, жаркую погоду он не нужен. С **2–3 месяцев** начинают применять ползунки, с **9–10 месяцев** – штанишки, колготы, пинетки, надевают рубашку или платье. В холодное время года в первые **7–8 месяцев** рекомендуется использовать утепленный конверт с капшоном или одеяло, с **9–10 месяцев** надевают пальто, куртку. В помещении голову ребенка следует держать открытой, на улице летом рекомендуется надевать панамку или шапочку с козырьком.

Во время переодевания ребенка необходимо правильно *поддерживать при повороте* на живот и выводить руки за голову при повороте на спину (рис. 13, а, б). Это предупредит травму малыша.

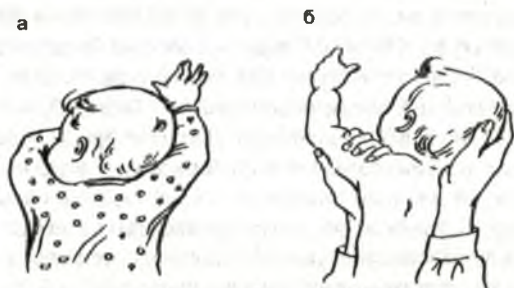


Рис. 13. Положение ребенка:

а – исходная позиция при повороте на спину; б – поддержка при повороте

Стирка белья, одежды, пеленок, постельных принадлежностей ребенка производится отдельно от стирки взрослых и только мылом. Специальные «детские» порошки лучше использовать для детей старше 3–4 месяцев. После стирки требуется тщательное полоскание для удаления остатков мыла или другого моющего средства.

Гигиенисты рекомендуют начинать использовать **памперсы** в возрасте 1–2 месяцев, ограничивать время пребывания ребенка в них в первом полугодии до 6 ч в сутки, детей в возрасте от 6 до 12 месяцев – до 12 ч в сутки, использовать качественную продукцию (фирм «Bibou», «Huggies», «Nannus», «Drypers», «Moomin»). В случае кожных заболеваний памперсы могут быть противопоказаны.

Особые требования предъявляются к конструкции **детской обуви**. Она должна способствовать правильному формированию свода стопы, препятствовать утомлению при ходьбе, обеспечивать свободу движений. Ширина обуви в пальцах должна составлять 40% длины стопы, носок должен быть слегка приподнят, обязателен вертикальный прочный задник, каблук высотой 5–14 мм в зависимости от длины стопы. Стелька моделируется по форме стопы. Она должна иметь углубление для пятки, прямой внутренний край, наиболее широкую часть в области фаланг пальцев.

Изготавливают обувь из кожи и текстильных тканей. Разрешены заменители кожи, синтетические материалы, резина, которые не выделяют вредных химических веществ. В резиновых сапожках должны быть стельки из натурального материала. Верх обуви шьют из мягких и гибких материалов. Низ обуви должен быть достаточно жестким, но эластичным. В летней обуви желательна перфорация верха. Обувь с открытым верхом не рекомендуется. Постоянное ношение спортивной (кроссовки, чешки), лакированной и резиновой обуви **недопустимо**. Такая обувь препятствует газообмену и испарению пота. В теплое время используется парусиновая и вельветовая обувь, в зимнее – утепленные ботинки, сапожки. Материалы для зимней обуви должны обладать низкой теплопроводностью, водоотталкивающей способностью.

Приучают ребенка к обуви с **8–9 месяцев**, используя ботиночки с жестким задником и небольшим (высотой 5–10 мм) каблучком. **Длительное хождение** в носочках и мягких пинетках способствует развитию плоскостопия. **Тесная обувь** нарушает кровоснабжение ног, способствует деформации стопы, искривлению

пальцев, вращению ногтей. При сдавливании кровеносных сосудов в холодное время года происходит переохлаждение конечностей. *Излишне свободная обувь* затрудняет движения ребенка, может привести к травматизму. После использования обувь надо очистить, просушить. В дальнейшем ребенка обучают обуваться и ухаживать за обувью самостоятельно.

Посуду ребенка (кружку, тарелку, миску, ложку, ситечко, терку) хранят в кухонном шкафу с плотно закрывающейся дверцей на отдельной полке или накрывают. Она должна быть всегда чистой и ежедневно стерилизоваться кипячением. Детскую посуду надо мыть тщательно и отдельно от посуды, которой пользуются взрослые. После мытья детскую посуду не вытирают. Когда горячая вода с нее стекла, ее заворачивают в чистое, выделенное для этой цели, полотенце, перед употреблением — обдают кипятком. Обеззараженная ложка не должна лежать на столе. Детской посудой не должны пользоваться другие члены семьи, в том числе и дети.

УХОД ЗА РЕБЕНКОМ

При уходе за ребенком внимательно осматривают ушные раковины, слуховые проходы, носовые ходы, кожные складки. В первые месяцы жизни туалет глаз, лица проводят отдельными шариками, смоченными кипяченой водой комнатной температуры. Старшим детям лицо, шею, ушные раковины обмывают некипяченой водой. При этом необходимо воспитывать спокойное, положительное отношение ребенка к умыванию, словом и тоном вырабатывать негативное отношение к грязи, побуждать к активности при умывании. Полость носа, слуховые проходы очищают только при наличии секрета.

С раннего детства приучают малыша полоскать рот и удалять водой остатки пищи, с *2,5–3 лет* — *чистить зубы* после каждого приема пищи, особенно важно утром после сна и вечером перед сном. После вечернего туалета зубов ребенку не разрешается давать сладости, можно предложить съесть яблоко.

Особое внимание уделяют *чистоте рук и состоянию ногтей*. Длинные ногти ребенка — это место скопления грязи, возможность появления мелких травм слизистых оболочек и расчесов кожи. Ногти подрезают узкими ножницами со слегка изогнутыми на конце браншами. Перед использованием и после применения их протирают ватой, смоченной спиртом. Хранят ножницы в сухом месте.



Рис. 14. Фиксация пальца при стрижке ногтей

При стрижке ногтей необходимо взять руку или ногу ребенка так, чтобы свободным оставался только палец, на котором собираются обрезать ноготь. Его захватывают большим и указательным пальцами, придерживая с двух сторон (рис. 14). Ногти на руках подстригают в виде полукруга, на ногах – по прямой линии. Выступающие углы ногтей на ногах предупреждают их врастание в мягкие ткани. Остриженные ногти не должны попасть ребенку в рот, нос, глаза или в постель. После того как ногти подстрижены, необходимо проверить, не остались ли острые или выступающие части.

Для ухода за волосами применяют индивидуальную мягкую детскую щеточку или узкую расческу. Один раз в неделю ее моют мыльной водой с добавлением небольшого количества уксуса. После мытья щеточку сушат щетиной вниз.

Причесывая ребенка, расческу проводят через волосы в одной плоскости с кожей головы. При неравномерном росте волос их подравнивают ножницами. Срезанные волосы тщательно собирают, чтобы предотвратить беспокойство ребенка при попадании их на тело или в постель. Волосы подравнивают не чаще одного раза в 2–3 месяца.

Причесывая ребенка, расческу проводят через волосы в одной плоскости с кожей головы. При неравномерном росте волос их подравнивают ножницами. Срезанные волосы тщательно собирают, чтобы предотвратить беспокойство ребенка при попадании их на тело или в постель. Волосы подравнивают не чаще одного раза в 2–3 месяца.

Уход за кожей, особенно ее складками, должен проводиться тщательно и ежедневно. Детям с нежной кожей складки обрабатывают тонким слоем растительного масла (детским кремом с экстрактом ромашки – «Малютка», «Малыш», «Детский», «Колобок», «Ромашковый», «Велюр», «Марите» или с лечебными экстрактами растительного и животного происхождения – «Кроха», «Алиса», «Маленькая фея», а также мазью «Деситин», маслом «Джонсон») или припудривают детской присыпкой. Однако масло, крем и присыпка не могут заменить чистоту кожи.

Ее чувствительность зависит от индивидуальных особенностей ребенка и времени года. У большинства детей кожа летом лучше переносит присыпку, а зимой – масло. Чем суше кожа, тем обильнее ее смазывают маслом. **Недопустимо** использовать крем для взрослых: он может вызвать аллергическую реакцию или даже отравление ребенка. **Не рекомендуется** присыпать кожные складки толстым слоем присыпки. Следует предупреждать воспаление, возникающее при попадании присыпки в поло-

вую щель. Для этого во время обработки кожи присыпкой следует рукой прикрывать половые органы. **Нельзя** пользоваться одновременно присыпкой и маслом (кремом). Образовавшиеся при этом комочки накапливаются в кожных складках и вызывают раздражение и ссадины.

Растительное масло (подсолнечное, льняное, кукурузное, оливковое) стерилизуют перед употреблением на водяной бане в течение 30 мин с момента закипания воды. Флакон с маслом предварительно закрывают ватным шариком (колпачком).

Туалет наружных половых органов девочек проводится при наличии выделений из влагалища. Ватный шарик обильно смачивают в *растворе фурацилина* (1 : 5000) или в *растворе калия перманганата* (1 : 8000) и осторожно промывают наружные половые органы в направлении к заднему проходу.

Туалет половых органов мальчиков выполняется при опрелости и мацерации полового члена. С этой целью показаны местные ванночки с *калия перманганатом*, обработка кожной складки за мошонкой растительным маслом (присыпкой).

Первую *гигиеническую ванну* новорожденного ребенка выполняют после первичного заживления пупочной ранки. На протяжении первых 1–2 недель жизни ребенка купают в кипяченой воде с добавлением *раствора калия перманганата* до светлорозового цвета. Длительное, более 1–2 недель, его применение вызывает сухость кожи. Полезно использовать настои трав – ромашки, череды, душицы, листьев черной смородины.

В первом полугодии жизни гигиенические ванны выполняются ежедневно, во втором – через день, в более старшем возрасте – 2 раза в неделю. Купать ребенка рекомендуется в определенные часы, не ранее 1 ч после кормления или за 10–15 мин до него, за 1–1,5 ч до сна.

Температура воды в ванне должна быть 37–37,5 °С, для недоношенных – 37,5–38 °С. При ополаскивании ребенка используется вода с температурой на 1 °С ниже. Продолжительность ванны для детей первого года жизни – не более 5–7 мин, второго – 8–10 мин, для детей старше 2 лет – 10–15 мин. Один-два раза в неделю детей раннего возраста купают с мылом («Детским», «Ланолиновым», «Яичным», «Спермацетовым», «Алиса», «Тик-Так», «Гномик»), у старших оно применяется один раз в неделю.

Новорожденный ребенок может испытывать беспокойство во время процедуры. Она становится приятной для малыша, когда исчезает положение сгибания (флексии) и он спонтанно начинает двигать конечностями. С 3–6 месяцев ребенок принимает активное участие в купании.



Рис. 15. Фиксация грудного ребенка при погружении в ванну

Во время купания необходимо соблюдать **меры предосторожности**: при погружении в воду тщательно удерживать ребенка (рис. 15), не оставлять его одного в ванночке или на пеленальном столе во избежание аспирации воды или падения. Купать рекомендуется вдвоем. Во время процедуры следует обращать внимание на состояние ребенка, его дыхание, цвет кожи, движения.

Ванночку, эмалированную или пластмассовую, следует содержать в чистоте. Ее **нельзя** использовать для других целей, даже для стирки личных вещей ребенка. *Раствор калия перманганата* легко проникает в эмаль ванночки, изменяя ее окраску. Поэтому, если применялся окрашивающий раствор, сразу после процедуры требуется тщательно ее вымыть. Пластмассовые ванночки устойчивы к окрашиванию.

В **лечебном учреждении** ванночку обеззараживают дезинфицирующим раствором, моют мыльно-содовым раствором и ополаскивают проточной водой. Ванночку дезинфицируют после купания каждого ребенка. В **домашних условиях** ее моют щеткой с мылом и содой, ополаскивают кипятком.

Высаживание на горшок выполняют, когда ребенок начинает самостоятельно сидеть. Горшок должен быть теплым. Для согревания в него можно подлить немного теплой воды. Высаживают на горшок детей после сна и в конце бодрствования. Держать малыша на горшке более 10 мин не рекомендуется. Систематическое высаживание на горшок воспитывает у ребенка регулярный ритм опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Этот ритм в дальнейшем закрепляется в виде условного рефлекса. Самостоятельно, усилием воли, ребенок может контролировать работу кишечника с 15–18 месяцев. К 18 месяцам днем он может оставаться сухим, если этому уделять должное внимание.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИЙ СКЕЛЕТА

Профилактику деформаций скелета начинают с периода новорожденности и проводят **во всех возрастных группах** в последующем. Она необходима для правильного развития костной и мышечной систем ребенка. Искривления позвоночника и грудной клетки нарушают функции органов дыхания и кровообращения.

Для предупреждения деформации скелета ребенка *следует* правильно держать на руках, избегать тугого пеленания, не использовать мягкую постель, высокую подушку. Он не должен длительно находиться в одном положении.

Правильное *положение* малыша *на руках* предотвращает их усталость. Для придания удобного положения ребенка кладут на согнутую в локте левую руку. Головка его должна рас-

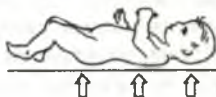


Рис. 16. Правильное положение ребенка на руках

полагаться на плече, шея и плечики – на внутренней поверхности локтевого сгиба. Ладонь поддерживает ребенка выше ножек, а сам он слегка должен быть повернут лицом к груди (рис. 16). Правая рука при этом может быть свободной.

Особые требования предъявляются к *постельным принадлежностям*. Они должны обеспечивать отдых ребенка и отвечать требованиям гигиены. Тюфячок изготавливают из плотного материала, который заполнен эластичной губкой или конским волосом, морской травой, длинной чистой соломой, древесными стружками. Пух или шерсть слишком мягкие, способны деформировать скелет и вызвать перегревание. Наполнитель тюфячка должен быть распределен равномерно и представлять собой твердую, совершенно горизонтальную плоскость. Грудные дети не нуждаются в подушке. Использование подушки, особенно высокой, способствует формированию искривлений позвоночника и грудной клетки (рис. 17, а, б).

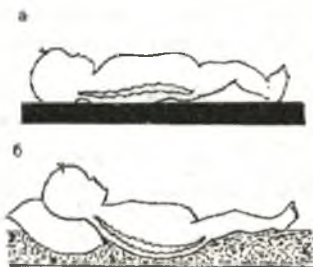


Рис. 17. Укладывание ребенка на: а – тюфячок с горизонтальным матрасцем, б – мягкий тюфячок и подушку

Следует уделять внимание *положению* ребенка в кроватке во время сна и бодрствования. Перед сном новорожденного ребенка укладывают на бок. С 3 месяцев типичным является положение во время сна лицом вверх с ручками, поднятыми вдоль головки. После 6 месяцев тонус мышц во сне все больше расслабляется – ребенок спит на спине с раскинутыми в стороны руками и ногами. С 1–1,5 лет позы становятся разнообразнее, малыш часто спит на животе. После трех лет формируется любимая «поза сна».

Укладывание ребенка на живот не только во время бодрствования, но и во время сна также является физиологичным. Это положение стимулирует развитие и укрепление мышц, является хорошим профилактическим средством предупреждения деформаций позвоночника, метеоризма, аспирации при срыгивании и рвоте. Однако в положении на животе чаще наступают расстройства дыхания во сне. Поэтому спать на животе детям до 6-месячного возраста *не рекомендуется*.

Во избежание деформаций головы требуется часто *менять положение* ребенка, укладывая его головой то в один, то в другой конец кроватки. При пробуждении ребенок должен смотреть за происходящим вокруг из разных положений. Это предупредит возникновение косоглазия и деформацию костей черепа.

Деформации костей скелета могут возникнуть при неправильном *подборе мебели*, неправильной *позиции за столом*. В зависимости от роста ребенка столы и стулья должны иметь определенную высоту (табл. 5). В детском учреждении они маркируются и закрепляются за каждым ребенком. Занятия за столом не должны быть длительными. Их *чередуют* с физическими упражнениями, подвижной игрой и прогулками. За столом требуется сидеть прямо, опираться на спинку стула, не наклоняться низко. В детских учреждениях составляются карты рассаживания детей за столами (табл. 6).

Таблица 5. Основные размеры мебели для детей
(в дошкольных учреждениях)

Группа мебели	Цвет маркировки	Группа роста, см	Высота стола, см	Высота стула, см	Возраст детей по ростовым группам
А	Белый	До 80	34	17	7 месяцев – 1 год 8 месяцев
Б	Зеленый	80–90	38	20	1 год 5 месяцев – 2 года 8 месяцев
В	Голубой	90–100	43	24	2–4 года

Таблица 6. Карта рассаживания детей за столами

Фамилия, имя	Длина тела, см	Зрение	Слух	Группа мебели	Ряд, место
-----------------	-------------------	--------	------	------------------	---------------

Примечание. При рассаживании детей учитывают количество детей с пониженным зрением, пониженным слухом и часто болеющих.

Контрольные вопросы

1. Как хранятся предметы ухода за ребенком? 2. Какие требования предъявляются к лицам, ухаживающим за ребенком? 3. Опишите требования к детскому белью (одежде), посуде. 4. Как обеспечить уход за ребенком? 5. Назовите условия для проведения гигиенической ванны (температура окружающего воздуха, воды для купания и обливания, длительность процедуры, частота и время ее проведения, меры предосторожности во время купания). 6. Учитывая межпредметные связи с манипуляционной техникой, обучите мать выполнению туалета грудного ребенка и гигиенической ванны. 7. Как приучают ребенка к высаживанию на горшок? 8. Как избежать деформации скелета у детей?

Глава 4

ОСНОВЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

• Кормление грудью • Неправильное прикладывание к груди • Стимуляция выделения молока • Сцеживание молока • Методика вскармливания при затруднениях со стороны матери и ребенка • Консультирование по вопросам грудного вскармливания • Кормление из чашки, ложки • Технология приготовления пищи. Ее подогрев

Грудное молоко повышает сопротивляемость к инфекции, является идеальным питанием для ребенка и гарантом его хорошего развития. Кормление грудью защищает здоровье матери, обеспечивает ее контакт с ребенком. Поэтому матерям рекомендуется максимально долго, *до 2 лет*, сохранять *грудное вскармливание*. *Исключительно грудное* вскармливание должно быть нормой в первые месяцы жизни ребенка.

Чтобы *сохранить* максимально долгое *кормление грудью*, необходимо: 1) развивать *понимание* его *важности* с самого раннего детства и в подростковом возрасте. Матери должны позволять детям, особенно девочкам, наблюдать за кормлением грудью, рассказывать о преимуществах грудного молока. Приобретенные опыт и знания, позднее повлияют на отношение женщины к грудному вскармливанию;

2) информировать беременных женщин *о преимуществах* грудного вскармливания и *технике кормления* грудью. *Особое внимание* уделять созданию благоприятных условий во время родов. Внимательное отношение и гибкое реагирование на потребности женщины содействуют ее хорошему самочувствию, улучшают лактацию. Важное значение имеет эмоциональная и практическая поддержка со стороны медицинского персонала, окружающих;

3) обеспечить *кожный контакт* матери и новорожденного ребенка, *раннее прикладывание* его к груди, в дальнейшем – *совместное пребывание*. Матерей *инструктируют* и *оказывают помощь* в прикладывании к груди, *контролируют* правильность его выполнения, *обучают* методам стимуляции лактации.

К моменту выписки из родовспомогательного учреждения мать должна иметь четкие знания и уверенность в своих действиях. Ей разъясняют физиологию и механизм лактации, дают рекомендации по уходу за молочными железами, поощряют кормление по требованию ребенка, разъясняют нецелесообразность приема дополнительного питания и питья, вред сосок, пустышек, показывают приемы начала и поддержания лактации, дают рекомендации по питанию;

4) *после выписки* из родовспомогательного учреждения персонал детской поликлиники должен помочь матери совершенствовать практику кормления грудью, своевременно оказывать помощь при возникновении затруднений. С этой целью организуются группы социальной поддержки матерей, проводится индивидуальное консультирование, медико-санитарное просвещение, предлагаются информационные материалы.

КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ

Подготовительный этап кормления грудью. 1. Обеспечить *гигиеническое* содержание груди. Мыть ее рекомендуется не более одного-двух раз в день без мыла. Перед кормлением требуется тщательно вымыть *руки*.

2. Психологически подготовить мать к кормлению. *Обратить ее внимание* на то, что образование молока происходит лучше в спокойном состоянии и при хорошем настроении. Все отвлекающие моменты должны отсутствовать.

3. Помочь *матери* выбрать удобную для кормления *позу*. Поза должна позволять матери расслабиться и не испытывать напряжение длительное время. Классическое положение – кормящая женщина сидит на стуле со спинкой с упором ноги. Можно кормить ребенка лежа или стоя.

4. Обеспечить правильное *положение ребенка* у груди. Для этого ребенка необходимо повернуть лицом к матери и прижать к телу. Голова должна находиться на *одной линии* с телом, подбородок касаться груди. При необходимости, ребенка можно поддержать сзади за плечи (но не за затылок!), так как голова должна иметь возможность *свободно* откидываться назад.



Рис. 18. Положение матери и ребенка при кормлении:

а – классическое; б – «из-под руки»; в – лежа; г – вертикальное («поза кенгуру»)

Положение ребенка может быть различным (рис. 18):

- **классическое положение:** голова лежит на локтевом сгибе руки матери со стороны груди, которой мать кормит ребенка. Туловище поддерживается предплечьем и кистью;

- **кормление «из-под руки»:** голова ребенка находится на кисти руки матери со стороны груди, которой она кормит. Ребенка можно положить на подушку. Это положение используется при кормлении близнецов, затруднениях, возникающих при захвате груди, закупорке млечного протока, трещинах соска;

- **кормление в положении, когда мать держит ребенка на руке,** противоположной той груди, из которой кормит. Позиция рекомендуется при кормлении маловесных и больных детей;

- **кормление в положении матери лежа:** мать лежит на боку, ребенок – рядом. Чтобы расслабиться, одну подушку необходимо положить под голову матери, другую – под грудную клетку. Руку со стороны ребенка мать кладет под подушку, на которой лежит ее голова. Второй рукой она может поддерживать грудь или

спинку ребенка. Опирается на локоть нежелательно, так как это мешает ему взять грудь. Это положение используется после кесарева сечения, при швах на промежности, усталости матери, когда ей предпочтительнее кормление в положении лежа;

- **кормление в положении матери лежа на спине:** мать лежит на спине, ребенок – сверху. Положение показано при большом количестве молока;

- **кормление в положении матери лежа на животе с опорой на локти.** Иногда такая позиция рекомендуется при затруднениях, возникающих при прикладывании к груди;

- **кормление в вертикальном положении.** Для усиления кожного контакта с матерью обнаженного ребенка выкладывают на ее грудь («поза кенгуру»). Позиция может использоваться для вскармливания недоношенных детей.

5. Обеспечить **поддержку груди** во время кормления. Рекомендуется положить руку под грудь, пальцы прижать к грудной клетке, большим пальцем поддерживая грудь снизу. Большой палец можно расположить в верхней части груди и немного сжать ее. Не рекомендуется держать грудь возле соска.

Основной этап кормления грудью. 6. **Обучить мать** прикладывать ребенка к груди (**1-й навык**). Для этого следует стимулировать **рефлекс захватывания** – прикоснуться соском к губам ребенка, лучше к верхней, подождать, пока малыш широко откроет рот, прижать к себе, поддерживая за спинку, и приложить к груди (но не грудь к ребенку!). Нижняя губа должна быть под соском.

7. **Обучить ребенка** захватывать грудь (**2-й навык**). С этой целью ребенок должен: а) вытянуть грудь, захватив не только сосок, но и ареолу, больше снизу, и близлежащий участок груди с млечным синусом; б) прижать ареолу языком к нёбу (рис. 19). При касании соском нёба «включается» **рефлекс сосания**. После нескольких эффективных сосательных движений полость рта заполняется молоком и ребенок глотает его (**рефлекс глотания**).

Если новорожденный испытывает трудности при захвате ареолы, мать большим и указательным пальцами поддерживает подбородок ребенка, а остальными пальцами – грудь снизу (положение «**рука танцора**», рис. 20). Придерживать пальцем грудь возле носа ребенка необязательно, так как при этом можно извлечь грудь изо рта или ухудшить положение при кормлении.

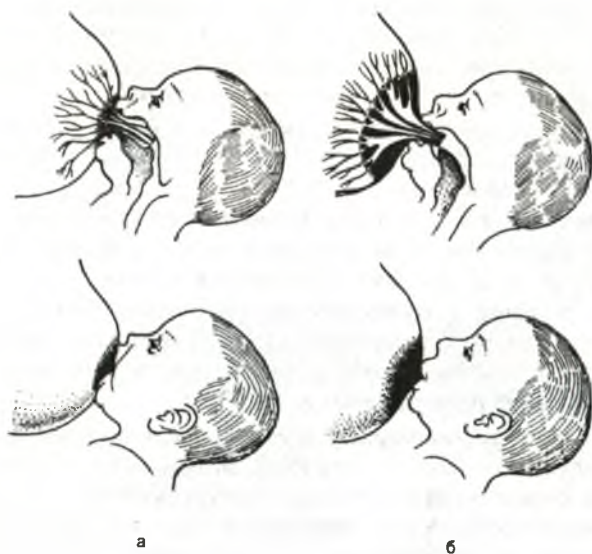


Рис. 19. Положение во время кормления:
а – правильное; б – неправильное



Рис. 20. Положение «рука танцора»

8. Провести **контроль** правильности **прикладывания** и **оценить кормление** грудью. Во время кормления контролируют положение тела, реакцию матери и ребенка, их эмоциональную связь, сосание ребенка, внешний вид молочных желез, продолжительность кормления (табл. 7).

Таблица 7. Наблюдение за кормлением грудью

Признаки правильного кормления	Признаки, указывающие на возможные трудности
1	2
Положение тела	
Кормящей матери удобно, она расслаблена, плечи опущены	Она наклоняется вперед, плечи напряжены
Кормящая мать поддерживает ребенка за ягодицы (относится только к новорожденному)	Мать поддерживает ребенка за голову и плечи
Тело ребенка прижато к телу матери, голова и тело лежат в одной плоскости, подбородок касается груди	Тело ребенка не прижато к матери, шея повернута, подбородок не касается груди
Эмоциональная связь	
Кормящая мать спокойна, смотрит на ребенка, поглаживает его	Мать нервничает, напряжена, не смотрит на ребенка, качает его
Реакция матери и ребенка	
Выявляются признаки рефлекса окситоцина (покалывание в молочных железах; выделение молока; боль в матке, ощущение прилива крови; медленное глубокое сосание и глотание ребенка)	Отсутствуют
При касании груди появляется захватывающий рефлекс (относится только к новорожденному)	Не выявляется
Ребенок спокоен, в случае голода берет грудь и не выпускает ее	Беспокоен, плачет, отказывается от груди
Сосание	
Рот широко открыт	Рот открыт нешироко
Губы, особенно нижняя, вывернуты наружу	Губы вытянуты вперед
Ареола больше видна над верхней губой	Ареола больше видна, особенно под нижней губой
Язык обхватывает грудь снизу	Язык не виден
Щеки не раздуваются и не втянуты	Щеки напряжены и втянуты
Сосание медленное, глубокое, с паузами	Сосание быстрое, поверхностное
Можно видеть и слышать глотание	Слышно чмокание, щелканье

1	2
В конце кормления ребенок отпускает грудь	Мать отнимает ребенка от груди
Длительность сосания индивидуальна	Недостаточно продолжительное или чрезмерно долгое
Внешний вид железы	
Во время кормления она округлой формы	Железа вытянутой формы
После кормления железа мягкая, соски набухшие и вытянуты вперед	Выявляются признаки застоя молока и мастита, сосок может быть плоским с полоской на кончике из-за сдавления кожи во время сосания

Заключительный этап кормления грудью. 9. Насытившись, ребенок выталкивает сосок изо рта. Мать должна *смазать соски* несколькими каплями грудного молока и оставить грудь *для контакта с воздухом* на 10–15 мин. Оставшееся на сосках позднее, богатое жиром молоко защищает кожу от повреждения.

Прерывать кормление *недопустимо*. В исключительных случаях для отнятия ребенка от груди во время кормления можно использовать следующие приемы: 1) под защитой пальца отодвинуть грудь кзади быстрым движением и извлечь изо рта ребенка; 2) устранить безвоздушное пространство в полости рта – прислонить грудь к углу рта; 3) надавить на щеки ребенка.

НЕПРАВИЛЬНОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ

Наиболее частыми *причинами* неправильного прикладывания к груди являются предлактационное (до начала грудного вскармливания) кормление и последующее докармливание из бутылочки. Нередко испытывают затруднения в прикладывании маловесные и больные дети. Причинами неправильного прикладывания могут стать плохая проходимость млечных протоков, нагрубание груди, позднее начало кормления грудью, неопытность матери и отсутствие у нее надлежащей поддержки.

Если ребенок *захватывает* грудь *недостаточно*, он сосет в основном сосок (*сосковое сосание*) – язык находится глубоко в полости рта, нижняя губа не обхватывает ареолу (см. рис. 19, б). При этом: 1) мать испытывает *боль* из-за неправильного втягивания груди при сосании, натирания и повреждения кожи соска;

2) *затрудняется выделение молока* из груди, так как ребенок недостаточно надавливает языком на млечный синус; 3) ребенок проявляет *беспокойство*, требует более частого кормления или отказывается от еды.

Сдавливание губами и деснами соска может *стать причиной* трещин и эрозий, привести к застою молока и снижению лактации. Ребенок недостаточно прибывает в массу. При попадании воздуха в желудок (аэрофагия) наблюдаются срыгивания и рвота.

Тактика помощи матери: устранить причину неправильного прикладывания ребенка к груди. Изменить позицию матери, показать, как держать ребенка и грудь во время кормления, обеспечить правильный захват груди.

Контрольные вопросы

1. Как обеспечить максимально долгое кормление грудью? 2. Какие позиции (матери и ребенка) используются при кормлении? 3. В каких ситуациях они предпочтительны? 4. Как поддерживают грудь во время кормления? 5. Назовите рефлексы ребенка при кормлении грудью. 6. Какие навыки обеспечивают эффективное сосание груди? С какой целью касаются соском губ ребенка перед началом кормления? 7. Как обучить мать прикладыванию ребенка к груди? 8. Как ребенок должен взять грудь? Почему? 9. Какой прием используется, если имеются трудности при захвате ареолы? 10. Чем опасна поддержка груди возле носа ребенка? 11. Как оценить кормление грудью? 12. Как предупредить сухость сосков кормящей? 13. Перечислите причины и последствия неправильного прикладывания к груди. Дайте рекомендации по их устранению.

СТИМУЛЯЦИЯ ВЫДЕЛЕНИЯ МОЛОКА (РЕФЛЕКСА ОКСИТОЦИНА)

Матери следует оказать: 1) *психологическую поддержку* – придать ей уверенность в успехе кормления грудью, устранить (ослабить) источники тревоги, боли, помочь сконцентрировать положительные эмоции при мыслях о ребенке, создать спокойную обстановку;

2) *практическую помощь*:

- максимально поддерживать *контакт* с ребенком, при возможности обеспечить контакт «*кожа к коже*»;

- посоветовать перед кормлением принять *теплое питье* (молоко, чай и другие напитки, за исключением кофе);

- рекомендовать *согреть грудь* с помощью теплого компресса или обливания груди теплой водой;

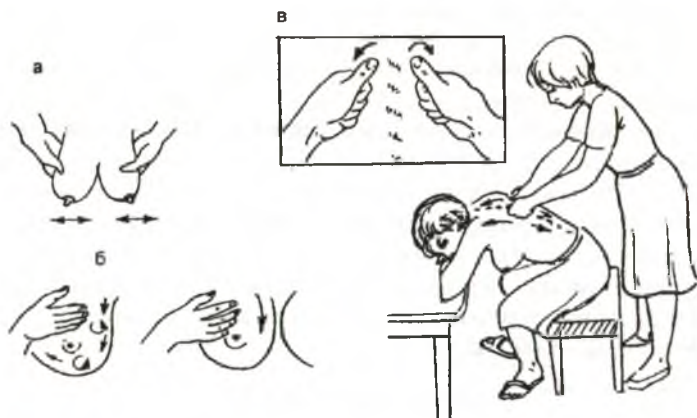


Рис. 21. Стимуляция рефлекса выделения молока:
 а – позиция с наклоном вперед; б – массаж груди; в – массаж спины

- предложить матери **наклониться вперед**, чтобы молоко могло опуститься под силой тяжести (рис. 21, а);
- **стимулировать соски**, слегка массируя или потягивая их пальцами;
- произвести **массаж груди и спины**. Щадящий массаж груди проводят круговыми движениями по спирали, поглаживают в направлении к ареоле, слегка похлопывая по груди кончиками пальцев или расческой (рис. 21, б).

При массаже спины матери предлагается сесть, наклониться вперед, сложить руки перед собой и положить на них голову. Грудь должна быть опущена вниз. В течение нескольких минут массируют спину по обе стороны от позвоночника сверху вниз от шеи до лопаток сжатыми кулаками (рис. 21, в).

СЦЕЖИВАНИЕ МОЛОКА

Сцеживание **проводят**: для вскармливания маловесных и больных детей, не способных активно сосать грудь; в случаях, когда ребенок учится сосать при втянутых сосках и нарушениях в координации сосания; при закупорке млечного протока и лактостазе; для поддержания лактации на время болезни матери или разлуке с ребенком. Иногда сцеживание проводится, чтобы помочь ребенку приспособиться к наполненной груди или при об-

работке сосков и ареолы поздним молоком для предупреждения их сухости и воспаления.

Перед сцеживанием рекомендуется *стимулировать* рефлекс окситоцина. Молоко сцеживается с соблюдением *правил асептики* в стерильную емкость непосредственно перед кормлением ребенка. Сцеживать молоко можно *руками, молокоотсосом* (ручным, электрическим, рис. 22), с помощью *шприца-молокоотсоса, теплой бутылки*. Наиболее эффективно сцеживание молока руками. Мать должна научиться это делать самостоятельно. Обучать процедуре рекомендуется на макете грудной железы (это предупредит травмирование груди) в первые дни после родов, пока не прибыло молоко и грудь мягкая. Мать должна повторять движения медсестры. Важно, чтобы обучающий проверял технику выполнения.

При нагрубании и болезненности груди сцеживать молоко руками бывает очень трудно. В этих случаях могут помочь другие методы сцеживания. В родовспомогательном учреждении при возникновении у кормящей женщины лактостаза сцеживание молока проводит акушерка или медицинская сестра.

Оснащение рабочего места: 1) чашка или другая емкость для сбора молока; 2) молокоотсос с резиновой грушей; 3) шприц-молокоотсос (промышленного производства или изготовленный самостоятельно); 4) стеклянная бутылка с широким (менее 2–3 см в диаметре) горлышком и емкостью не менее 700 мл; 5) емкости с горячей и холодной кипяченой водой; 6) полотенце.

Подготовительный этап выполнения манипуляции.

1. Вымыть *руки* под проточной водой, дважды намыливая. Просушить их.

2. Подготовить *чистую емкость* для сбора молока.

3. Сесть или стать *в удобное положение*, держа чашку возле груди.

Основной этап выполнения манипуляции. При *сцеживании руками* необходимо:

4. Положить большой палец на ареолу над соском, указательный под ним напротив большого. Остальными пальцами поддерживать грудь.

5. Слегка надавить большим и указательным пальцами на грудь по направлению к грудной стенке. Для предупреждения закупорки млечных протоков избегать слишком глубокого надавливания.

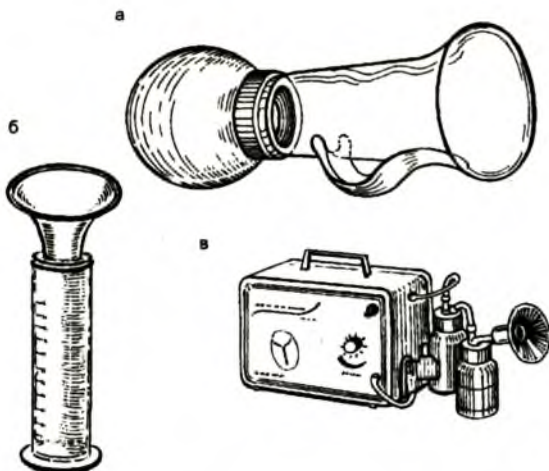


Рис. 22. Молокоотсосы:

а – ручной с резиновой грушей; б – ручной с поршнем; в – электрический

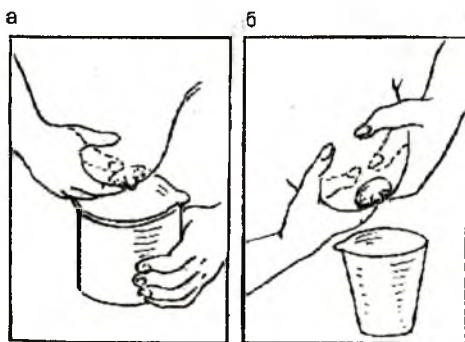


Рис. 23. Сцеживание одной (а) и двумя (б) руками

6. Ритмично сжимать и отпускать участок груди за соском и ареолой. Иногда при сжатии железы можно прощупать синусы. Они напоминают горошины. Для предупреждения травмирования груди следует *избегать трения* кожи. Пальцы должны имитировать «перекатывание горошин». В начале ритмичных сжатий груди молоко может не вытекать, затем оно начинает капать или течь. При *сжатии только сосков* сцедить молоко *невозможно*.



Рис. 24. Сцеживание ручным молокоотсосом:
а – с резиновой грушей; б – с поршнем

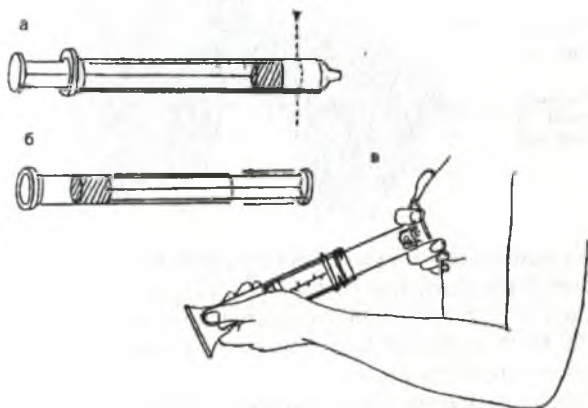


Рис. 25. Подготовка к сцеживанию шприцем-молокоотсосом:
а – по этой линии обрезать конец шприца, б – установить поршень со стороны обрезаемого конца; в – слегка потянуть на себя поршень

7. Таким же образом следует сжимать ареолу с боковых сторон, чтобы убедиться, что молоко сцежено из всех сегментов груди. Сцеживать одну грудь следует **не менее 5 мин**, пока не замедлится поток молока, затем – другую, потом обе повторно. Можно каждую грудь сцеживать одной или двумя руками (рис. 23). Во время сцеживания следует контролировать правильность его выполнения: оно должно быть **безболезненным и эффективным**. Длительность процедуры – **20–30 мин**. Сцеживать грудь за меньшее время не рекомендуется.

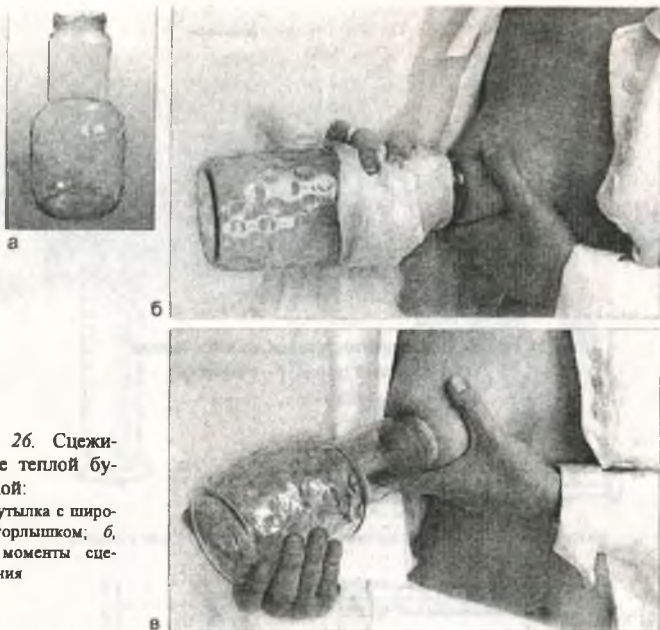


Рис. 26. Сцеживание теплой бутылкой:
 а - бутылка с широким горлышком; б, в - моменты сцеживания

При сцеживании молокоотсосом с резиновой грушей следует (подготовительный этап описан на с. 63) (рис. 24):

4. Сжать резиновую грушу, вытеснив воздух.

5. Наложить широкий конец отсоса на ареолу. Стекло должно герметично прилегать к коже.

6. Отпустить грушу. При этом сосок и ареола присасываются к отсосу.

7. Сжать и отпустить грушу. После нескольких движений появляется молоко и начинает стекать в выпуклый сборник.

8. После наполнения сборника отнять трубку от груди и вылить молоко. Затем продолжить сцеживание.

При сцеживании шприцем-молокоотсосом (подготовительный этап описан на с. 63) необходимо:

4. При отсутствии готового шприца-молокоотсоса обрезать конец обычного шприца лезвием, вставить поршень со стороны обрезанного конца. Гладкий конец шприца наложить на ареолу (рис. 25, а, б). Для создания герметичности цилиндр шприца должен плотно прилегать к коже.

5. Потянуть наружный цилиндр шприца вниз. Сосок при этом всасывается в воронку (рис. 25, в).

6. Отпустить поршень шприца, затем снова потянуть. Через 1–2 мин молоко начнет течь и собираться в цилиндре. Как только молоко перестанет течь – вернуть поршень, нарушить герметичность, вылить молоко и повторить процедуру.

При *сцеживании теплой бутылкой* следует (подготовительный этап описан на с. 63):

4. Налить горячую воду в бутылку (заполнять ее медленно, чтобы не треснуло стекло), оставить на несколько минут для прогрева. Завернуть бутылку в полотенце и вылить воду. Охладить горлышко бутылки в холодной воде, чтобы предупредить ожог кожи. Плотно приложить горлышко теплой бутылки к ареоле и держать ее у груди. Через несколько минут бутылка остынет и сосок начнет медленно всасываться в горлышко. Тепло способствует стимуляции рефлекса окситоцина, молоко начинает течь и собирается в бутылке. Держать бутылку у груди необходимо до тех пор, пока течет молоко (рис. 26).

5. Вылить молоко в емкость.

Заключительный этап выполнения манипуляций. После использования молокоотсос, бутылку вымыть и подвергнуть *стерилизации*.

Контрольные вопросы

1. Какую психологическую поддержку и практическую помощь следует оказать матери для стимуляции рефлекса выделения молока? 2. В каких случаях сцеживание молока необходимо? 3. Обучите мать методам сцеживания. 4. В каких ситуациях отдается предпочтение тому или другому методу?

МЕТОДИКА ВСКАРМЛИВАНИЯ ПРИ ЗАТРУДНЕНИЯХ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ

ПРОБЛЕМЫ С КОЛИЧЕСТВОМ МОЛОКА

• **Гипогалактия.** *Тактика помощи матери:* установить выраженность снижения лактации, ее причины (см. табл. 9) и устранить их, предпринять меры по увеличению лактации. Неэффективность этих мер, большой объем недостающего молока (3–4-я степень гипогалактии) являются показаниями для назначения адаптированной молочной смеси.

Для *стимуляции рефлекса окситоцина* необходимо: 1) *убедить мать* в способности кормить грудью, успокоить и объяснить механизм стимуляции лактации;

2) *обучить ее* физиологическим методам стимуляции лактации – кормить грудью чаще, в том числе и ночью, предоставив

ребенку возможность неограниченного успокоительного сосания; предлагать в одно кормление обе груди.

Если ребенок отказывается сосать «пустую» грудь можно рекомендовать одновременное кормление его молоком из груди и докармливание смесью до тех пор, пока не увеличится лактация. При этом используют приемы: а) смесь капают на молочную железу так, чтобы ребенок слизывал ее во время сосания; б) желудочный катетер располагают вдоль молочной железы: один конец его (с боковым отверстием) подводят в рот ребенка вместе с соском, другой – опускают в чашку со смесью. Катетер крепят на груди лейкопластырем. Высота расположения чашки регулирует скорость подачи смеси: она увеличивается при ее подъеме и уменьшается при опускании. Сжатие катетера (завязывание на нем узла) снижает скорость поступления смеси ребенку. Длительность кормления должна быть 20–30 мин;

3) **рекомендовать** матери нормализовать режим дня, диету, увеличить потребление жидкости на 1 л в сутки, ввести в рацион продукты, повышающие лактацию, – грецкие орехи (3–5 шт.), рыбу, грибные супы, напитки из морковного сока и сока редьки. За 20–30 мин до кормления следует принять теплое сладкое питье, фрукты, мед по 1 чайной ложке в день (если у ребенка нет аллергических проявлений); систематически употреблять с пищей *укроп, тмин, анис* в виде приправы или настоев, а также в течение не менее двух недель настои других лекарственных растений перед едой (*листья крапивы двудомной, соцветий тысячелистника, травы и корней одуванчика, корней пиона, душицы обыкновенной, Melissa, фенхеля, семян салата, листьев земляники, экстракт боярышника*, табл. 8);

4) **использовать** душ и массажные процедуры 4 раза в день по 10 мин с температурой воды 44–45 °С, эритемную дозу УФО на область грудных желез, электрофорез, иглоукалывание;

5) по назначению врача **применять** *никотиновую кислоту* (от 0,05 до 0,1 г) 4 раза в день за 15–20 мин до кормления грудью, *апилак* по 0,01 г 3 раза в день под язык, *глутаминовую кислоту* 1,0 г 3 раза в день через 20 мин после еды, «Гендевит» женщинам до 30 лет, «Ундевит» – после 30 лет, *витамин Е* при массе до 60 кг – по 100 мг (1 драже), более 60 кг – по 200 мг (2 драже) 3 раза в день, *пасту из сухих пивных дрожжей* по 1 чайной ложке 1–2 раза в день, комплексный гомеопатический препарат *млекоин*, специфическое лечение гормональными препаратами (*пролактин, окситоцин*).

Таблица 8. Средства растительного происхождения, используемые для усиления лактации

Лекарственное сырье	Приготовление настоя	Применение
Укропа зелень (семена)	Измельчить, 1 столовую ложку сырья залить 300 мл охлажденной кипяченой воды, закрыть крышкой и настоять на кипящей водяной бане 15 мин, часто помешивая. Охлаждать не менее 45 мин, процедить и отжать остаток	Внутри 3–4 раза до еды
Тмина семена	1-й способ: 2–3 чайные ложки сырья залить 1 стаканом кипятка, настоять в термосе 10–12 ч; 2-й способ: 1 столовую ложку сырья кипятить 3 мин в 1 стакане сметаны	Внутри в течение дня за 20–30 мин до еды Внутри за один прием до еды
Аниса семена	1 столовую ложку сырья залить 0,5 л кипящей воды, оставить в термосе на ночь	Внутри по 0,5 стакана за 20–30 мин до еды
Крапива двудомная	4–6 столовых ложек сырья настоять в 2 стаканах кипятка	Внутри по 0,5 стакана 3–4 раза в течение дня до еды
Тысячелистника соцветия	3 столовые ложки сырья залить 2 стаканами кипятка. Настоять в термосе 2 ч, процедить	Внутри по 0,5 стакана за 40 мин до еды (сок свежего растения по 1 столовой ложке 3 раза в день)
Одуванчика лекарственного трава и корень	10 г сырья залить 1 стаканом кипятка, настоять на водяной бане 15 мин, охладить	Внутри по 1 столовой ложке 5–6 раз в день

■ **Затруднение выделения молока из грудной железы.**
Тактика помощи матери: объяснить причину блокады выделения молока. Помочь матери расслабиться и успокоиться. Обучить приемам стимуляции рефлекса окситоцина. Посоветовать ласково разговаривать с ребенком во время кормления. Рекомендовать избегать ситуаций, способствующих блокаде выделения молока.

■ **Слишком много молока, поступающего быстро.**
Тактика помощи матери: сцеживать грудь и покормить ребенка остаточным молоком. Рекомендовать более частое кормление грудью.

■ **Галакторея (самопроизвольное истечение молока).** *Тактика помощи матери:* нормализовать режим дня. Показана психотерапия. Рекомендовать прижатие рукой соска на 1–2 мин, сцеживать грудь перед кормлением и более часто прикладывать ребенка к груди. Принять меры защиты кожи от раздражения, часто менять прокладки.

ПРОБЛЕМЫ С СОСКАМИ И ГРУДЬЮ

■ **Неправильная форма сосков** (плоский, втянутый, длинный, крупный). *Тактика помощи матери:* придать уверенность в успехе кормления. Помочь ребенку приспособиться к сосанию или изменить форму сосков.

При *плоских* или *малорастяжимых сосках* необходимо:

1) обеспечить *достаточный захват груди*. Для этого позволить ребенку обследовать грудь, приложить к груди, используя разные позиции (например, «из-под руки»);

2) обучить стимуляции (*вытягиванию*) *сосков* руками (молокоотсосом, шприцем). Процедура выполняется несколько раз в день в течение 30 – 60 с перед кормлением;

3) рекомендовать *сцеживать* небольшое количество молока перед кормлением для облегчения захвата груди;

4) поддерживать грудь *не слишком близко* к соску во время кормления;

5) при неэффективном сосании в первую неделю или две необходимо сцеживать молоко в рот ребенка или кормить сцеженным молоком *из ложечки* (чашечки). Кормление через накладку малоэффективно.

При *длинном* или *крупном соске* помочь матери обеспечить *достаточный захват груди*.

■ **Трещины, раздражение, кровотечение из сосков.** *Тактика помощи матери:* выяснить причину и устранить ее. При небольших размерах трещины и несильной болезненности – чаще кормить ребенка (это предупредит интенсивное сосание голодного ребенка). Рекомендовать изменять положение при кормлении, чтобы менялась сила давления на разные участки соска, извлекать сосок под защитой пальца. После кормления смазывать соски поздним молоком и держать их на открытом воздухе, иногда используя ланолин. Если кормление слишком болезненно – кормить ребенка в течение 1–2 дней через накладку или сцеженным молоком.

■ **Воспаление сосков.** *Тактика помощи матери:* выяснить причину и устранить ее. В случае кандидозной инфекции рекомендовать обрабатывать полость рта ребенка и соски матери *раствором генцианвиолета или мазью (суспензией) нистатина*, не пользоваться сосками, пустышками, накладками.

■ **Наполнение и нагрубание груди.** *Тактика помощи матери:* выяснить причину и устранить ее. Рекомендовать матери освобождать грудь от молока – продолжать кормить грудью. При затруднении в отсасывании сцеживать грудь для облегчения захвата ареолы. Перед кормлением стимулировать рефлекс окситоцина. После кормления для уменьшения отечности положить на молочные железы холодный компресс.

■ **Закупорка млечного протока.** *Тактика помощи матери:* выяснить причину и устранить ее. Рекомендовать улучшить отток молока из пораженного участка груди, для этого часто кормить ребенка с соблюдением техники прикладывания, менять позицию при каждом кормлении, проводить легкий массаж молочной железы по направлению к соскам; показаны теплые компрессы на грудь между кормлениями, максимально активный отдых с ребенком.

ОСОБЫЕ СЛУЧАИ

■ **Кесарево сечение.** *Тактика помощи матери:* первый раз рекомендуется приложить ребенка к груди через 4–6 ч после операции. Помочь матери найти удобное положение (лежа на спине или боку, затем «из-под руки» и др.) и приложить ребенка к груди.

■ **Болезнь матери.** *Тактика помощи матери:* подход индивидуален. Например, при острой респираторной инфекции – рекомендовать надеть маску, сразу после кормления ребенка изолировать в другую комнату. Во многих случаях переход на искусственное вскармливание более опасен, чем кормление молоком больной матери.

■ **Кормление грудью и прием лекарственных средств.** *Тактика помощи матери:* чтобы избежать максимальной концентрации препарата в крови (молоке), следует принимать лекарство во время кормления ребенка или сразу после него; во время приема лекарственного препарата, представляющего опасность для ребенка и требующего временного прекращения кормления грудью, поддерживать лактацию сцеживанием молока.

МЕТОДИКА ВСКАРМЛИВАНИЯ ПРИ ЗАТРУДНЕНИЯХ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА

■ **Отказ от груди. Тактика помощи матери:** выяснить причину (табл. 9) и устранить ее. Рекомендовать матери постоянно находиться с ребенком, обеспечивать контакт «кожа к коже», кормить по требованию. Помочь ребенку взять грудь – в начале кормления сцедить в рот молоко, затем приложить к груди. При необходимости докормить из чашки (ложки). Не пользоваться соской, пустышкой. При кормлении ленивых сосунов стимулировать рефлекс сосания.

Таблица 9. Причины затруднений вскармливания грудью

Затруднения	Причины
1	2
	Со стороны матери
	<i>Проблемы с количеством молока</i>
Гипогалактия	а) <i>вторичная гипогалактия</i> : 1) нарушение правил кормления грудью – позднее или неправильное прикладывание к груди, редкие или непродолжительные кормления, раннее введение другой пищи и питья, снижение сосательной активности при заболеваниях, применении сосок, пустышек, накладок; 2) психологические факторы – неуверенность матери в достаточности молока, усталость, беспокойство, стресс, отсутствие желания и воли кормить грудью, неприязнь к кормлению и неприятие ребенка; 3) прием кормящей матерью контрацептивных и диуретических средств, беременность; 4) употребление алкоголя и курение, резкое истощение; б) <i>истинная гипогалактия</i> : морфологическая и функциональная недостаточность молочных желез
Затруднения выделения молока из грудной железы	Беспокойство матери, переутомление, боль, истощение, болезнь, психологическая неуверенность в достаточности молока
Галакторея	Невроз
	<i>Проблемы с сосками</i>
Неправильная форма сосков	Особенность развития
Трещины, раздражение, кровотечение из сосков	Неправильная техника сосания, использование антисептиков или мыла для мытья сосков
Воспаление сосков	Неправильное прикладывание к груди, трещины сосков, нагрубание груди, кандидозная инфекция

1	2
	Проблемы груди
Наполнение и на- грубание груди	Если ребенка не прикладывают к груди сразу после рождения или кормят (поят) перед первым кормлением грудью (предлактационное кормление), если у матери много молока или нарушена техника прикладывания к груди, а также в случае непродолжительных и редких кормлений ребенка, отсутствия ночного кормления
Закупорка млечно- го протока	Редкие или непродолжительные кормления грудью, неэффективное сосание ребенка, ношение стесняющей грудь одежды, давление пальцами на грудь во время кормления, стрессы
	Со стороны ребенка
Отказ от груди	а) болезнь ребенка, боль, действие седативных средств; б) кормление из бутылочки, использование пустышек, накладок; в) недостаточное или слишком большое количество молока, неправильная поддержка ребенка за голову (давление сзади) или движение грудью во время кормления, ограничение его продолжительности, нарушение координации сосания; г) разлука с матерью, частая смена или большое число «нянек», болезнь или изменение запаха матери. Кажущийся отказ от груди возникает у новорожденного во время приспособления к кормлению, у ребенка 4–8 месяцев, если он отвлекается во время сосания
Слабососущие де- ти	Дети с патологией в родах, маловесные с массой тела при рождении менее 2500 г
Расщелина губы и нёба	Врожденный порок развития
Короткая уздечка языка	Аномалия развития

■ **Доношенные близнецы. Тактика помощи матери:** убедить, что она может кормить обоих детей. Помочь матери найти наиболее приемлемое для нее и детей положение при кормлении. Особое внимание следует уделять наиболее слабому ребенку, при необходимости – сцеживать для него молоко.

■ **Слабососущие дети. Тактика помощи матери:** для сохранения лактации рекомендовать частое, не менее 8 раз в сутки, днем и ночью, сцеживание молока. Если ребенка кормят грудью, особое внимание уделять правильному прикладыванию. Предпочтительными положениями являются горизонтальное, когда мать держит ребенка на руке, противоположной той груди, из ко-

торой кормит, положение «из-под руки» и вертикальное («поза кенгуру»). Рекомендовать длительно, иногда до часа, оставлять ребенка у груди. По показаниям использовать другие способы кормления – через зонд, с помощью ложки или чашки.

■ **Расщелина губы и нёба.** *Тактика помощи матери:* при незначительном дефекте приспособить ребенка к кормлению. Помочь матери обеспечить достаточный захват груди (грудью закрывается расщелина и ребенок успешно сможет сосать). При выраженном дефекте (переход расщелины губы в расщелину нёба или двустороннем пороке) рекомендовать кормить ребенка в вертикальном положении. До тех пор пока он не научится сосать грудь, кормят сцеженным молоком из чашки или ложкой, по показаниям – через зонд (до изготовления obturатора, закрывающего дефект). Оказывать матери психологическую поддержку. С целью коррекции порока в дальнейшем показано оперативное вмешательство.

■ **Короткая уздечка языка.** *Тактика помощи матери:* при выраженном затруднении сосания произвести разрез уздечки языка.

Контрольные вопросы

1. Перечислите возможные затруднения матери (ребенка) при кормлении грудью. 2. Назовите причины их возникновения, опишите клинические проявления и тактику помощи матери.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Для успешного начала и поддержания грудного вскармливания исключительно важной является *помощь* матери, оказываемая *в родильном доме*. В это время общение медицинского персонала и матери самое тесное, оно оказывает наибольшее влияние на отношение матери к грудному вскармливанию.

При первой встрече с беременной женщиной *собирают анамнез*, выясняют ее убеждения, знания и опыт о вскармливании ребенка. Изучаются социальные условия жизни, привычки, особенности питания в семье. По этим данным позднее оценивается питание женщины и даются *рекомендации* во время беременности и лактации по поддержанию грудного вскармливания. Если женщина рождает впервые и в ее окружении нормой является искусственное вскармливание, могут возникнуть трудности в работе даже с теми, кто желает вскармливать детей грудью.

Каждой матери следует предоставить сведения о кормлении грудью, приспособленные *к ее особенностям*. В разговоре важно уметь дать совет. Для этого необходимо сформировать у себя определенные навыки.

Навык 1-й. Умение слушать и узнавать. С этой целью используют полезное *несловесное общение*. Поза, выражение лица, жесты могут показать матери вашу заинтересованность в общении, вызвать ее на откровенный разговор.

Во время беседы важно:

- *не спешить*, своевременно устранять возникающие в общении препятствия. Внимание к матери не должно быть навязчивым;
- задавать *«открытые»* вопросы. Они начинаются словами: как?, что?, когда?, где?, почему? Чтобы ответить на них, мать должна сообщить вам некоторую информацию. На «закрытые» вопросы мать отвечает словами «да» или «нет». «Закрытые» вопросы подсказывают матери предполагаемый ответ и поэтому менее полезны. Они позволяют лишь уточнить необходимые сведения;
- *проявлять интерес* к разговору. Кивание, улыбка, поощряющие междометия показывают матери вашу заинтересованность;
- *«отражать»* слова матери. Чтобы поощрить ее к дальнейшему разговору можно кратко повторить сказанное ею, но другими словами;
- показать, что вам *понятны* чувства матери;
- *избегать* употребления *оценивающих слов*. К оценивающим словам относятся: хорошо, нормально, достаточно, проблема, трудности, слишком много и др.

Навык 2-й. Формирование у матери уверенности и оказание поддержки. Кормящая мать сама или под влиянием окружающих легко теряет уверенность в себе и может начать кормить ребенка искусственным питанием.

Для придания матери уверенности в успехе кормления грудью необходимо:

- принимать то, что думает и чувствует мать, *реагировать спокойно* даже на ошибочную точку зрения. У матери не должно возникнуть чувство, что она делает что-то неправильно. Следует *помочь* ей самой принять *правильное решение*;

• *одобрять* то, что мать и ребенок выполняют правильно. В ответ у матери появится стремление продолжать делать то, что получается, доверие к предложенным позднее советам;

• оказывать *практическую* помощь. Помочь матери почувствовать себя в чистоте и комфорте, предложить теплое питье, дать другие практические рекомендации;

• в разговоре пользоваться *простым языком*. Не злоупотреблять медицинской терминологией;

Таблица 10. История (анамнез) грудного вскармливания

Ф.И.О. матери _____

Имя ребенка _____

Дата родов _____

Причина для консультации _____

Признаки	Анамнез грудного вскармливания
Кормление ребенка в настоящее время	Частота и продолжительность кормления грудью; максимальный промежуток между кормлениями; время, когда мать находится без ребенка; кормит ребенка из одной груди или из обеих; получает ли ребенок воду, добавки, прикорм; когда их начали давать; какое количество; как дается (из бутылочки, чашки, ложки); применяют ли соски, пустышки?
Состояние и поведение ребенка	Масса тела при рождении и в настоящее время; срок гестации; многоплодная ли беременность; количество мочеиспусканий в день (больше или меньше 6 раз); характеристика стула (мягкий, твердый, желтый, коричневый, зеленый, частота); поведение во время кормления; аппетит; срыгивание; сон; наличие заболеваний, аномалий развития
Беременность, роды, кормление на раннем этапе	Состояла ли женщина на учете во время беременности; посещала ли занятия; обсуждалось ли кормление грудью; был ли ранний контакт ребенка с матерью в первые 30–60 мин; время первого кормления грудью; давали ли что-то до установления лактации; что давали; как давали; образцы смесей, которые давали матери; оказание помощи по кормлению грудью после рождения ребенка; совместное пребывание его с матерью
Состояние матери и планирование семьи	Возраст, состояние здоровья; состояние молочных желез; стимулы для кормления грудью; метод планирования семьи; курение, употребление алкоголя, кофе, лекарств
Опыт предыдущего кормления грудью	Количество детей; сколько из них кормились грудью; использование бутылочек, причины

- дать *немного* уместной *информации*. Она должна содержать не более двух новых фактов и быть полезной матери в данную минуту;

- сделать *одно-два* предложения. При этом следует избегать командного тона – это не помогает матери приобрести уверенность в себе, порой создает конфликтные ситуации.

Навык 3-й. Оценка кормления грудью (см. табл. 7). Она проводится для того, чтобы определить, нуждается ли мать в помощи, и если да, то как ей помочь.

Навык 4-й. Составление истории грудного вскармливания (табл. 10). При разговоре следует называть мать и ребенка по имени, попросить рассказать о себе и малыше. Мать сама сообщит вам наиболее важную для нее информацию. В дальнейшем можно будет получить более полные сведения. Задавая вопросы, необходимо выяснять наиболее важные факты, избегая критической оценки. Желательно не повторять вопросы.

Контрольные вопросы

1. Когда следует начинать работу по вопросам грудного вскармливания?
2. С какими матерями требуется более активно проводить инструктаж?
3. Кто должен консультировать матерей?
4. Какие приемы используют, чтобы вызвать мать на откровенный разговор?
5. Как придать уверенности матери?
6. По каким показателям оценивают кормление грудью?
7. Перечислите признаки правильного (неправильного) кормления грудью.
8. Какая информация содержится в истории грудного вскармливания?

КОРМЛЕНИЕ ИЗ ЧАШКИ И ЛОЖКИ

Дети, находящиеся *на грудном вскармливании*, дополнительное питание *должны* получать *из чашки* или *ложки*. Кормление с их помощью значительно безопаснее бутылочек, после кормления ребенок не отказывается от груди. Их легко мыть, следовательно, вероятность размножения бактерий меньше, чем в бутылочках. Чашку или ложку нельзя оставлять возле маленького ребенка, чтобы он ел самостоятельно. Поэтому возможность аспирации пищи невелика. Кормить из чашки или ложки можно даже недоношенного ребенка как только он научится глотать. При этом такое кормление не настолько утомительно для него, как

кормление из бутылочки. Кормление из ложки рекомендуется и в случае затруднения дыхания.

Некоторые матери отдают предпочтение кормлению из чашки. Приучать ребенка пить следует из узкой чашки с изогнутым кнаружи верхним краем: жидкость из нее поступает равномерной струей, а край хорошо прилегает к губам. Труднее пить из широкой низкой чашки, особенно с вогнутым внутрь верхним краем.

Во время кормления *не рекомендуется* придерживать руки ребенка. Малыш должен *свободно* двигать ими, со временем тянуть к чашке, *брать* ее в 3–4 месяца, *удерживать* самостоятельно в 4–5 месяцев. Некоторые дети в возрасте 7–8 месяцев умеют самостоятельно *наклонять* чашку.

Обнащение рабочего места: 1) чашка; 2) ложка; 3) детское питание.

Подготовительный этап выполнения манипуляции. 1. Вымыть *руки* под проточной водой, дважды намывливая, просушить.

2. Придать ребенку *удобную* для кормления *позу*. Для кормления детей, не умеющих сидеть, необходимо сесть прямо и расположить ребенка близко к себе. Спинай он опирается на плечо матери, голова должна находиться ближе к ее плечевому суставу. Этой же рукой мать придерживает ребенка за бедра, чтобы он не соскальзывал с руки. Малыш занимает почти вертикальное положение и имеет хорошую опору. В таком положении ему лучше глотать и пища не попадет в дыхательные пути. Старших детей следует усаживать.

Основной этап выполнения манипуляции. 3. *Кормление из чашки* (рис. 27, а). При прикладывании чашки к губам ребенок начинает совершать сосательные движения. Ее край *нельзя* заводить глубоко в рот. Подают молоко очень *медленно*, терпеливо давая время для глотания. Между глотками ребенок должен отдыхать.

Кормление из ложки (рис. 27, б). В ложку наливают несколько капель молока, после привыкания его количество увеличивают. Если малыш начал следить за движущимся предметом, надо добиться, чтобы он поворачивал голову в сторону ложки и открывал рот. Ложку подносят ко рту в направлении сверху вниз и прикладывают к нижней губе. В тот момент, когда ребенок начинает выполнять сосательные движения, ее вводят в рот. *Недопустимо* слишком глубокое ее введение: при касании неба может возникнуть рвота. Ложка не должна попасть под язык, так как ребенок не сможет проглотить пищу. Извлекают ложку, прижав ее к верхней губе. *Темп кормления* индивидуален: только после проглатывания пищи можно давать новую порцию.



Рис. 27. Кормление ребенка, не умеющего сидеть:
а – из чашки; б – ложкой

На протяжении всего кормления требуется **контролировать положение** ребенка. Чтобы научить старшего ребенка правильной осанке во время приема пищи, матери предлагается сесть на стул напротив ребенка. При кормлении протягивают малышу ложку с пищей сверху. Ребенок в ожидании следующей порции пищи сидит прямо, вытянувшись и слегка подняв голову. Нельзя разрешать принимать пищу, склонив голову над тарелкой. Если малыш самостоятельно удерживает ложку, важно, чтобы он держал ее правильно.

Заключительный этап выполнения манипуляции. 4. После приема пищи вымыть чашку (ложку) и **стерилизовать** их кипячением.

Контрольные вопросы

1. В каких случаях ребенка кормят из чашки, ложкой? 2. Опишите методику кормления с их помощью.

ТЕХНОЛОГИЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ПИЩИ

Технологические приемы приготовления пищи должны обеспечивать наиболее полное **сохранение** ценных природных свойств продуктов питания. **Кулинарная обработка** продуктов позволяет сделать пищу вкусной, разнообразной, хорошо усвояемой. Очень важно строго **соблюдать** рекомендованный **способ приготовления** пищи и применять **указанные нормы** продуктов.

Посуду, в которой готовят пищу для ребенка, не следует использовать для других целей. Нельзя пользоваться посудой с поврежденным покрытием. Перед приготовлением пищи кастрюля, терка, сито, ложка должны быть тщательно промыты щеткой в горячей воде с содой (1 чайная ложка питьевой соды на 1 л воды) и ополоснуты кипятком. Бутылочки и столовую посуду (блюдец, чашку) промывают в воде с содой и кипятят в течение 10 мин. Внешнее **оформление** подаваемых к столу готовых блюд должно способствовать возбуждению аппетита.

25% РАСТВОР ПОВАРЕННОЙ СОЛИ. САХАРНЫЙ СИРОП

Оснащение рабочего места: 1) раскладка – соль 25 г, вода 100 мл; сахар 100 г, вода 30–40 мл; 2) марля; 3) кастрюля; 4) ложка; 5) плита.

Особенности приготовления: а) раствора поваренной соли. Соль растворить в горячей воде, раствор довести до кипения. Полученный 25% раствор процедить через двойной слой марли и вновь прокипятить. Слить в чистую бутылочку и закрыть пробкой;

б) сахарного сиропа. Сахар залить водой, нагреть до кипения при непрерывном помешивании, процедить через двойной слой марли и долить горячей водой через тот же фильтр до 100 мл. Готовый сироп вновь прокипятить.

ОТВАРЫ ИЗ КРУП

Для приготовления отвара применяют рис, овсяную и гречневую крупы, хлопья «Геркулес».

Оснащение рабочего места: 1) раскладка – крупа 10 г, вода 100 мл, 25% раствор поваренной соли 1 мл; 2) кастрюля; 3) подводка воды; 4) емкость с водой; 5) мерный стакан; 6) ложка; 7) сито; 8) плита.

Подготовительный этап приготовления отвара. 1. Вымыть **руки**.

2. Перебрать и промыть в **холодной** воде крупу (овсяные хлопья в воде не промывают). Залить крупу холодной водой.

Основной этап приготовления отвара. 3. Нагреть воду до кипения и варить крупу на **слабом** огне до полного разваривания. Выкипающую в процессе варки воду следует доливать до первоначального объема.

4. Добавить раствор поваренной соли **в конце варки**.

5. **Процедить** отвар через сито, слегка протирая разваренную крупу.

6. В отвар *долить* кипятка *до 100 мл*, тщательно перемешать и довести *до кипения*.

Заключительный этап приготовления отвара. 7. Охладить приготовленный отвар.

ФРУКТОВЫЕ И ОВОЩНЫЕ СОКИ

Пищевая ценность соков обусловлена наличием в них глюкозы, фруктозы, сахарозы, яблочной и лимонной кислот, пектина, биоэлементов, особенно железа и калия.

Соки дают *с 3 месяцев*. В первое время рекомендуется использовать **яблочный** сок из зеленых сортов яблок. Он малоаллергичен и имеет низкую кислотность. **Позже** можно вводить черносмородиновый сок, соки с мякотью и оранжевого цвета (персиковый, абрикосовый, вишневый, сливовый, морковный). Грудным детям **лучше** давать осветленные соки (без мякоти) из одного вида фруктов, ягод, овощей. После привыкания к сокам их разнообразят, не смешивая. Можно вводить соки из двух видов фруктов (овощей) – яблок и тыквы, яблок и персиков, яблок и груш и др. Полезен капустный сок.

Не ранее 6-7-месячного возраста осторожно вводят клубничный, гранатовый, томатный и малиновый соки, а также соки из гуавы, папайи, бананов и манго. До 1 года **нежелателен** виноградный сок, усиливающий в кишечнике процессы брожения. Соки **«взрослые»** – цитрусовые (апельсиновый, грейпфрутовый, мандариновый, лимонный), ананасный рекомендуется давать **после года**. Они слишком концентрированные для нежной слизистой желудка ребенка. В первое время их **разводят** кипяченой водой в соотношении 1:1, позже – 2:1.

Детям **с неустойчивым стулом** полезны вишневый, черносмородиновый, гранатовый и черничный соки. При **склонности к запору** используют апельсиновые соки, свекольный, сливовый.

Соки **не должны** подвергаться термической обработке, разрушающей витамины. Желательно, чтобы в соке **отсутствовал** кристаллический сахар. **Свежие**, только что приготовленные соки являются **наиболее ценными**. Количество витаминов в консервированных соках невелико. Поэтому в состав многих консервированных соков вводят витамин С, а также лимонную кислоту, сахар и другие ингредиенты. Консервированные морковный и абрикосовый соки богаты бета-каротином.

Соки начинают давать **с капель**, постепенно увеличивая количество **до 30 мл** к концу месяца, доводя к году **до 100 мл**. Ко-

личество, превышающее 40–50 мл, дается **в 2 приема**. Пить соки можно как во время кормления, так и в промежутках между ними.

■ **Сок из свежих яблок.** Свежие яблоки без пятен вымыть, обдать кипятком, разрезать на дольки и при помощи соковыжималки выжать сок. К 100 мл готового сока в зависимости от сорта яблок добавить 10–15 г сахарного сиропа.

■ **Сок из черной смородины.** Выбрать спелые немятые ягоды, промыть в дуршлаге под проточной водой и обдать кипятком, высыпать в соковыжималку и выжать сок. При отсутствии соковыжималки можно ягоды положить в сложенную вдвое марлю и ложкой из нержавеющей стали выжать сок. К 100 мл готового сока из черной смородины добавить 15–20 мл сахарного сиропа, к такому же количеству сока из малины – 5–10 мл сахарного сиропа.

■ **Сок из моркови.** Морковь (лучше сорта «Каротель») тщательно вымыть, почистить, обдать кипятком, натереть на терке и выжать сок соковыжималкой. Если морковь недостаточно сладкая, можно добавить немного сахарного сиропа.

ФРУКТОВОЕ ПЮРЕ

Клетчатка, пектины фруктов *оказывают* благоприятное действие на микрофлору и моторику кишечника, связывают радионуклиды.

Гомогенизированное фруктовое пюре назначают с **3,5 месяца**. Его дают начиная с **1/2 чайной ложки**, постепенно увеличивая к **году до 100 г** в день. Полезны фруктовые пюре из яблок, персиков, абрикосов, бананов, вишни, айвы, сливы. Детям **после 6–7 месяцев** можно давать комбинированные пюре – фруктово-овощные, фруктово-зерновые (с добавкой овсяной, рисовой муки, хлопьев, крахмала) и фруктово-молочные (с добавкой йогурта, творога, сливок). Эти продукты обладают более высокой энергетической и пищевой ценностью, но требуют для усвоения большей зрелости ферментных систем.

Пюре можно приготовить в домашних условиях или воспользоваться фруктовыми консервами для детского питания, выпускаемыми специализированными предприятиями («Неженка», «Румяные щечки» и др.).

Печеное яблоко содержит большое количество пектиновых веществ. Они связывают часть витаминов и минеральных солей в кишечнике и препятствуют всасыванию их в кровь. Консервированное яблочное пюре лишено этого недостатка.

КИСЕЛЬ ИЗ СВЕЖИХ ЯГОД

Свежие ягоды *содержат* природные сахара, органические кислоты, пектин, биоэлементы. Кисель готовят из любых ягод без косточек. Используемый для приготовления киселя крахмал способствует увеличению массы тела, что ограничивает его применение.

Оснащение рабочего места: 1) раскладка – ягоды (клюква, смородина, малина, крыжовник и др.) 150 г, вода 1 л, крахмал картофельный 40 г, сахарный сироп 100–150 мл; 2) кастрюля; 3) подводка воды; 4) чашка; 5) деревянная ложка; 6) сито; 7) марля; 8) плита.

Подготовительный этап приготовления блюда. 1. Вымыть *руки*.

2. Ягоды перебрать, положить на сито и промыть *холодной* водой.

Основной этап приготовления блюда. 3. Размять ягоды деревянной ложкой, добавить 1–2 столовые ложки охлажденной кипяченой воды и отжать сок.

4. Процедить сок через сито (марлю), перелить в фарфоровую чашку и поставить в *холодное, темное* место.

5. Перенести *выжимки* в кастрюлю и залить водой, прокипятить 10–15 мин, процедить раствор и довести до кипения.

6. Отлить часть отвара в чашку, остудить и *развести* в нем картофельный *крахмал*.

7. К оставшемуся отвару добавить сахарный сироп, размешать и довести *до кипения*.

8. Добавить в него при *непрерывном* помешивании разведенный крахмал и еще раз довести *до кипения*. При вливании крахмала отвар следует *быстро* размешивать во избежание образования комков.

9. Снять с огня, слегка охладить и *вливать* в готовый кисель отжатый *сок*, размешать.

Заключительный этап приготовления блюда. 10. *Хранить* при комнатной температуре не более 1 суток.

ДЕТСКИЙ ТВОРОГ

Творог *необходим* для восполнения недостатка белка животного происхождения. Его рекомендуют назначать с *5–6 месяцев*, более раннее введение показано для коррекции питания. Творог вызывает повышение кислотности и активности желудочного сока.

Продукт получают в молочной кухне или готовят в домашних условиях. Он может быть *пресным* или *кислым*, приготовленным из кефира или молока, заквашенного кефиром. Кисломолочный творог нежный, мягкий и лучше усваивается желудочно-кишечным трактом ребенка. Иногда готовят творог с овощными и фруктовыми наполнителями из моркови, тыквы, яблок, смородины и других фруктов. Имеются готовые детские продукты с творогом: «Топ-Топ», «Пти-Данон», «Пти-Жерве», «Туттели с творогом». Магазинный «взрослый» творог имеет высокую кислотность, поэтому для детей первого года жизни не используется.

При приготовлении творога чрезвычайно важно соблюдать идеальные *гигиенические условия*. Применять разрешается только *свежеприготовленный* продукт. Творог из молочной кухни, расфасованный в стерильные стаканчики и закрытый пергаментом, *хранят* при температуре от +2 °С до +10 °С не более 2 суток.

Творог начинают давать с 5 г, доводят к концу месяца от начала введения до 30 г, к году – не более 50 г.

Оснащение рабочего места: 1) раскладка: а) для *кисломолочного творога*: 1-й способ – количество кефира равно 1/5 от общего объема молока; 2-й способ – молоко 100 мл, кефир 200 мл (кефирная закваска 5 мл); б) для *кальцинированного творога*: молоко 250 мл, 10% раствор кальция хлорида 5 мл; 2) кастрюля; 3) ложка; 4) сито; 5) марлевая салфетка.

Подготовительный этап приготовления блюда. 1. Вымыть руки.

2. *Охладить* пастеризованное или кипяченое молоко до 28 °С.

Основной этап приготовления блюда. 3. *Приготовление кисломолочного творога*: 1-й способ – добавить в молоко кефирную закваску или кефир в количестве 1/5 от общего объема, тщательно перемешать. Оставить смесь для сквашивания при комнатной температуре на 12–14 ч. При более высокой температуре сквашивание наступает быстрее. Затем нагреть сквашенное молоко на медленном огне. Створоживание закончено, когда сыворожка становится прозрачной. Количество ее обычно занимает 1/3 общего объема.

2-й способ (более быстрый) – взять 200 мл кефира, взболтать его и добавить 100 мл охлажденного кипяченого молока, размешать и поставить на водяную баню. Уровень воды в бане должен быть выше смеси. Когда молоко свернется, огонь выключить.

Приготовление кальцинированного (пресного) творога.

К молоку добавить 10% раствор хлорида кальция, размешать, нагреть до кипения и немедленно снять с огня.

Заключительный этап приготовления блюда. 4. *Охладить* смесь до комнатной температуры для лучшего отделения сыворотки.

5. Положить *на сито* стерильную марлевую салфетку.

6. Откинуть полученную массу на сито, *отжать* и с помощью ложки *протереть* ее.

ЖЕЛТОК

Желток *обладает* высокой пищевой ценностью. Он богат легкоусвояемыми белками, жиром, минеральными солями (железа, фосфора, меди, кальция), витаминами А, D, В₁, В₂, РР. В желтке содержится лецитин, который стимулирует рост и развитие, повышает сопротивляемость организма заболеваниям. Белок яйца использовать не рекомендуется, так как он чаще вызывает аллергию.

Назначают куриный желток *с 6 месяцев*. Яйца водоплавающих птиц (гусиные, утиные) могут инфицироваться болезнетворными микробами, которые легко проникают даже через неповрежденную скорлупу.

Яйцо варят *вкрутую*, желток тщательно растирают с грудным молоком, в дальнейшем добавляют к овощному пюре или каше. Желток может вызвать аллергию, поэтому его вводят с осторожностью. Начинают давать желток *с 1/4 части*, доводят *к 8 месяцам* до *1/2 части*.

МЯСНЫЕ БЛЮДА

Высокая *пищевая ценность* отварного мяса обусловлена животным белком, в состав которого входят незаменимые аминокислоты. Мясо содержит жир, минеральные соли, экстрактивные вещества, витамины группы В, однако не имеет в составе витаминов С и D.

Мясной фарш начинают вводить в рацион *с 7 месяцев* (на искусственном вскармливании – с 6 месяцев) с *5–30 г* в день и доводят *к 1 году* до *60 – 70 г*. *Рекомендуют* вареное мясо (телятину, говядину, крольчатину, курятину, индюшатину, нежирную свинину). Мясной фарш добавляют к овощному блюду в обед.

■ Мясо молодых животных (*телятина*) более нежное, содержит больше полноценных белков и наиболее полно усваивается. Жиры говядины относятся к тугоплавким, так как состоят из трудноусвояемых насыщенных жирных кислот. Углеводы представлены в незначительном количестве, в основном гликогеном. Невелико количество в говядине витаминов, в основном это витамины группы В и холин. Из минеральных веществ говядина богата железом, фосфором, калием, магнием, цинком, медью. Экстрактивные вещества стимулируют процессы пищеварения, улучшают вкусовые свойства.

■ Белок *мяса птицы* имеет все незаменимые аминокислоты, его жир содержит много ненасыщенных жирных кислот. Мясо быстро переваривается и легко усваивается. Оно содержит все водорастворимые витамины, богато калием, натрием, магнием, железом, цинком. Вместе с тем оно чаще других сортов мяса вызывает аллергические реакции.

■ *Мясо кролика* является диетическим продуктом с высоким содержанием полноценного белка, витаминов В₆, В₁₂, РР, железа, фосфора и кобальта. Много в нем калия, марганца, фтора и других минеральных веществ.

■ Полезно давать один раз в неделю фарш из *субпродуктов* (печени, языка, мозгов), два раза в неделю – фарш из *морской рыбы*. Их питательная ценность достаточно велика. Основная масса белков *печени* представлена альбуминами. Более половины общего количества липидов печени приходится на биологически активные фосфатиды. Она богата натрием, калием, фосфором, кальцием, железом, магнием, витаминами А, РР, группы В, железосодержащим белком. *Язык* относится к диетическим продуктам, так как в нем мало неперевариваемой соединительной ткани, а белки легкоусвояемы. Пищевое значение *мозгов* обусловлено высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, органических фосфорных соединений, витаминopodobных веществ холина и инозита, фосфора и железа.

В случае отказа ребенка от печеночного поре, его рекомендуют *смешивать* с мясным. Мясные и рыбные продукты вводят осторожно в связи с возможностью возникновения аллергических реакций. В *10 месяцев* мясной фарш *заменяют* фрикадельками, а с *12 месяцев* – паровыми котлетами.

В питании широко применяются выпускаемые промышленностью мясные, рыбные, мясо-рыбно-овощные и мясо-рыбно-крупяные поре для детей. В отечественных консервах («*Малыш*»,

«Малютка», «Малышок», «Буренушка», «Румянец», «Геркулес», «Язычок», «Винни-Пух», «Чебурашка», «Беззубка», «Крошка», «Птенчик», «Бутуз», «Конек-горбунок») не используются загустители, содержание мяса составляет 57–62%, в выпускаемых за рубежом – 8–12%. **Крупяной** компонент включает овсяную, кукурузную, пшеничную, рисовую, манную муку, макароны, протертые сухари, **овощной** – морковь, капусту, картофель, зеленый горошек, шпинат, брюкву, бобовые, лук. Многие виды консервов обогащены железом.

Перед употреблением консервы следует *разогреть*. Их можно использовать и для быстрого приготовления супа. Оставшуюся после вскрытия консервной банки часть продукта необходимо переложить в стеклянную баночку и хранить *в холодильнике не более 24 ч*.

Оснащение рабочего места: 1) раскладка – мясо (мякоть) 50 г, масло сливочное 5 г, раствор поваренной соли 4 мл; 2) подводка воды; 3) кастрюля; 4) сковорода; 5) мясорубка; 6) сито; 7) ложка.

Подготовительный этап приготовления блюда. 1. Вымыть *руки*.

2. Мясо хорошо *промыть*, очистить от пленок, нарезать *кусочками* и залить *небольшим* количеством *горячей* воды.

Основной этап приготовления блюда. 3. Тушить мясо до готовности *при слабом* кипении.

4. Дать мясу остыть и *дважды* пропустить через мясорубку.

5. Протереть мясо сквозь *мелкое сито*, добавляя оставшийся после тушения бульон.

6. Полученную массу переложить в небольшую кастрюлю, добавить 1–2 столовые ложки бульона, раствор соли и *тщательно перемешать*.

7. Пюре накрыть крышкой, на небольшом огне довести *до кипения* и снять с огня.

8. Заправить пюре *сливочным маслом*. Иногда в пюре добавляют муку (2 г), заваренную горячим молоком (10 мл). Полученную массу растирают до однородной консистенции.

Заключительный этап приготовления блюда. 9. Мясное пюре добавить к овощному блюду. Вымыть использованную посуду.

ОВОЩНОЕ ПЮРЕ

Овощи богаты минеральными солями и биоэлементами (железом, калием и др.), органическими кислотами, пектиновыми веществами и растительными волокнами, содержат мало жиров.

Овощное пюре вызывает разнообразные вкусовые ощущения. Оно *особенно полезно* недоношенным детям, страдающим аллергическим диатезом, паратрофией, рахитом, анемией.

Овощное пюре назначают с *4,5–5,5 месяцев*. Его готовят из одного продукта, *после привыкания* рекомендуется смешанное пюре из *2–3 овощей*, не содержащих грубой клетчатки (из *моркови, капусты, кабачков, тыквы, томатов, зеленого горошка, свеклы, картофеля*). С морковью ребенок получает каротин и соли калия, с капустой – кальций, магний и витамин С. Цветная капуста богата железом, цинком, кобальтом, томаты – солями железа, меди, кобальта, марганца, каротином и витамином С, свекла – кобальтом. Тыква, капуста и кабачки содержат мало углеводов и особенно полезны детям с излишним весом. Картофель *не должен* составлять более 1–2 объема пюре, так как содержит много щавелевой кислоты, крахмала, беден кальцием.

Пюре с *томатами* разрешается употреблять с 6 месяцев из-за возможных аллергических реакций, с *бобовыми* – с 7–8 месяцев, так как растительные волокна и сахара могут вызвать раздражение кишечника и усилить газообразование, пюре с *луком, чесноком* – с 8–9 месяцев (эфирные масла раздражают слизистую желудка и кишечника, почки).

В готовое блюдо добавляют от *1 до 6 г* (к году) *растительного масла*. С *6–7 месяцев* в готовое блюдо *добавляют* тщательно измельченную зелень петрушки, укропа, желток, мясной фарш. Пюре начинают давать с *1–2 чайных ложек*. *Через 10 дней* его количество доводят *до 150 г* и *заменяют* одно кормление грудью.

Оснащение рабочего места: 1) раскладка – овощи (капуста, морковь, кабачки, тыква, брюква, зеленый горошек, свекла, картофель) 200 г, зелень (петрушка, укроп, зеленый лук) из расчета 3 г на 100 г пюре, молоко 50 мл, масло сливочное 5 г, 25% раствор поваренной соли 3 мл; 2) кастрюля; 3) подводка воды; 4) емкость с водой; 5) мерный стакан; 6) пластмассовая терка; 7) мелкое сито; 8) ложка; 9) нож; 10) плита.

Подготовительный этап приготовления блюда. 1. Вымыть *руки*.

2. Овощи тщательно *промыть* под проточной водой, очистить, вторично промыть.

3. Овощи *нашинковать* ломтиками.

4. Положить приготовленные овощи в кастрюлю, залить водой на *2–3 см*, *закрыть* крышкой и поставить варить. Если овощи требуют различного времени для разваривания, то их за-

кладывают в кастрюлю в зависимости от быстроты размягчения. Последним обычно добавляют картофель.

Основной этап приготовления блюда. 5. Тушить овощи *на пару* до полной их готовности. На дне кастрюли должна все время оставаться вода (тушение паром предотвращает разрушение витаминов). Для ускорения варки овощей добавить 1 чайную ложку сахара.

6. Протереть овощи через сито в *горячем виде* вместе с отваром.

7. Добавить в пюре *горячее* молоко, раствор поваренной соли и хорошо *взбить*.

8. Поставить пюре на плиту и довести *до кипения*.

Заключительный этап приготовления блюда. 9. Положить в готовое пюре по 1–2 чайных ложки сливочного (растительного) *масла*. Детям с 6–7-месячного *возраста* — тщательно *измельченную* петрушку, укроп.

КАШИ

Каши обогащают рацион растительным белком, клетчаткой, минеральными веществами, витаминами, особенно группы В.

У большинства детей каши становятся *вторым прикормом* и вводятся *через 2 недели* после овощного пюре (с 5,5–6,5 *месяца*).

Некоторые злаки, используемые для приготовления крупы, содержат белок глютен. Он способен вызывать тяжелые аллергические реакции (кровотечения в слизистую желудка). Поэтому в качестве прикорма следует предпочесть каши, в которых содержание глютена невелико: *рисовую* и *гречневую*. Вводить прикорм в виде глютеносодержащей манной каши нежелательно.

■ *Гречневая крупа* принадлежит к наиболее ценным. Она содержит большее количество белка с лучшим составом аминокислот. Отличается высоким содержанием солей железа, магния, кальция, фосфора, витаминов группы В.

■ *Рис*, по сравнению с другими крупами, содержит мало белка и клетчатки, богат крахмалом. Крупа высшего и первого сортов легко переваривается и хорошо усваивается. Рисовая каша показана при склонности к диарее.

■ *Овсяная крупа* содержит много белка, богата солями железа. Из-за высокого содержания жира плохо хранится. Овсяные хлопья, по сравнению с недробленной крупой, содержат меньше клетчатки, быстрее развариваются и лучше усваиваются. Каша показана при запорах.

■ **Манная крупа** содержит белок глютен, бедна солями железа, меди, кальция, белковыми веществами и клетчаткой. Нерациональное питание при частом ее применении способствует возникновению у ребенка анемии и рахита. Крупа богата крахмалом. Обладает хорошими вкусовыми качествами и высоким усвоением.

■ **Кукурузную и перловую крупы** разрешается применять после 9 месяцев. Кукуруза относится к безглютеновым злакам.

Наиболее полезны **диетические каши**, в которые введены обогатители – сухое обезжиренное молоко, сухой яичный белок и др. Они содержат белки более полноценного состава, обогащены витаминами и микроэлементами.

Различают: каши **диетические сухие** и **молочные сухие**. Каши сухие после разведения кипяченой водой готовы к употреблению. Каши молочные сухие требуют варки. К сухим злаковым кашам относятся: «*Малышка*», «*Колосок*», «*Новинка*», «*Зернышко*», «*Крупинка*», а также комбинированные с овощными или фруктовыми добавками («*Бебемикс*», «*Бибипана*», «*Фрутолино*» и др.); каши диетические, приготовленные из **крупяной муки**; каши, приготовленные из **цельной крупы**.

Для приготовления **5% молочной каши** муку (крупу) разводят овощным отваром (теплой кипяченой водой) и варят до готовности, добавляя затем молоко. Молоко готовят из **адаптированной** молочной смеси. Через 2 недели готовят **10% кашу** на цельном молоке. Каши из муки варятся быстрее, из круп – требуют более длительного приготовления.

Вначале показана каша из одного вида муки (крупы), после привыкания – смешанная. Она имеет более полноценные по набору белки и улучшенный минеральный состав. Полезно готовить так называемые «**розовые**» каши – добавлять сырые, измельченные на мелкой терке яблоки, плодовые и овощные пюре (**яблочное, абрикосовое, персиковое, морковное, кабачковое, тыквенное, черносливовое**), а также специально приготовленные для детского питания консервированные пюре. Рекомендуют вводить в рацион 1–2 столовые ложки пюре на 150 г каши. Особенно полезно обогащать состав рациона в зимне-весеннее время.

В готовое блюдо **добавляют**, чередуя, сливочное или растительное **масло**. Одновременно с кашей можно давать сок, фруктовое пюре, творог, желток. Вначале дают ребенку по **2–3 чайных ложки** каши, **постепенно** доводя до **150 г** и **заменяя** одно кормление грудью.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ 5% И 10% МОЛОЧНОЙ КАШИ ИЗ ЦЕЛЬНОЙ КРУПЫ

Оснащение рабочего места: 1) раскладка 5% (10%) каши – молоко из адаптированной молочной смеси 100 мл, крупа 5 г (10 г), 25% раствор поваренной соли 1 мл, вода 75 мл (25 мл), сахарный сироп 3 мл, сливочное масло 3 г; 2) кастрюля; 3) подводка воды; 4) емкость с водой; 5) мерный стакан; 6) ложка; 7) сито; 8) плита.

Подготовительный этап приготовления блюда. 1. Вымыть *руки*.

2. Подготовить крупу: при приготовлении гречневой каши (овсяной, рисовой) крупу *перебрать* и *промыть*, при приготовлении манной – *просеять* через сито.

3. Довести воду (овощной отвар) *до кипения* (при варке 10% каши к отвару предварительно *добавить половину* общего количества *молока*, приготовленного из адаптированной молочной смеси).

Основной этап приготовления блюда. 4. Всыпать струей крупу при *непрерывном* помешивании, слегка взбивая венчиком.

5. Разварить крупу на *слабом* огне: гречневую, овсяную, рисовую в течение 1 ч, манную – в течение 15–20 мин.

6. Гречневую (овсяную, рисовую) крупу протереть в *горячем виде* через сито.

7. Добавить в разваренную крупу горячее, но *не кипяченое* молоко, приготовленное из адаптированной молочной смеси, сахарный сироп, раствор соли.

8. Тщательно *перемешать* массу.

9. Помешивая, кашу вновь довести *до кипения* и снять с огня.

10. Положить в готовое блюдо *сливочное масло*.

Заключительный этап приготовления блюда. 11. Охладить кашу до температуры 37–38 °С. Хранить при температуре от +2 °С до +10 °С в течение суток.

ОСОБЕННОСТИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ МОЛОЧНОЙ КАШИ ИЗ ДИЕТИЧЕСКОЙ МУКИ

Кашу готовят из специальной диетической муки или получают муку из крупы с помощью кофемолки. Муку (мучную смесь) предварительно разводят теплой водой (овощным отваром). Доводят молоко до кипения. Добавляют муку (смесь) в кипящее молоко и непрерывно помешивая, кипятят в течение 3–5 мин. Затем в полученную массу добавляют сахарный сироп, раствор поваренной соли, сливочное масло. После этого тщательно перемешивают.

ДЕТСКИЙ КЕФИР

Ферменты и молочная кислота кисломолочных продуктов *способствуют* нежному створоживанию белка и лучшему усвоению жира. Кисломолочные продукты вытесняют и подавляют рост патогенной флоры кишечника, улучшают его перистальтику и аппетит ребенка. Поэтому их *рекомендуют* прежде всего детям с неустойчивым стулом.

Кефир назначают с 7,5–8 месяцев. *Готовят* его из коровьего молока с использованием чистых культур молочнокислых бактерий или «грибковой» закваски на молочной кухне в кефирном цехе. Он может быть заменен адаптированной кисломолочной смесью (например, «АГУ кисломолочной») или с 1,5–2 лет молочным йогуртом (2,5–3% жирности).

Оснащение рабочего места: 1) раскладка – молоко 190 мл, закваска кефирная 10 мл; 2) стерильные бутылочки, колпачки для их закрытия; 3) холодильник; 4) плита.

Подготовительный этап приготовления продукта. 1. Вымыть *руки*.

2. *Пастеризовать* молоко.

3. Охладить его *до 24–28 °С*.

Основной этап приготовления продукта. 4. Внести в молоко *кефирную закваску*, тщательно перемешать.

5. Залить полученную смесь *в стерильную* бутылочку, закупорить ее, этикетировать. Периодически бутылочку следует встряхивать.

6. Выдержать смесь при температуре *18–20 °С до свертывания* молока.

7. Поставить бутылочку в *холодное* помещение (от +2 °С до +10 °С).

Заключительный этап приготовления продукта. 8. Хранить кефир *не более 2–3 суток*.

ПОДОГРЕВ ПИЩИ

Емкость с детским питанием *нельзя* ставить на плиту для разогревания, так как пища будет очень горячей или станет более густой, чем требуется. Подогревают детское питание на *водяной бане* до температуры *37–40 °С* в течение *5–7 мин*. *Недопустимо*, чтобы вода из кастрюли выливалась в емкость с пищей.

Контрольные вопросы

1. Какие требования предъявляются к технологии приготовления блюд детского питания? 2. Какую посуду используют для приготовления пищи и кормления детей? 3. Дайте информацию о сроках и правилах введения, особенностях приготовления, применения и хранения блюд детского питания (отваров из круп, киселя из свежих ягод, творога, мясных блюд, овощного пюре, 5% и 10% молочных каш, кефира). 4. Как подогреть ребенку пищу?

ЧАСТИЧНО ГРУДНОЕ И ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

- Выбор молочной смеси
- Кормление из бутылочки
- Стерилизация сосок
- Пастеризация молока
- Обработка бутылочек

ВЫБОР МОЛОЧНОЙ СМЕСИ

Самые идеальные по своему составу молочные смеси не могут заменить грудное молоко. *Различают* адаптированные и неадаптированные, пресные и кисломолочные смеси, диетические продукты лечебного питания (схема 1, 2).

При *подборе смеси* следует учитывать: 1) возраст ребенка; 2) степень адаптированности смеси; 3) ее индивидуальную переносимость и 4) вид вскармливания.

Высокоадаптированную смесь назначают ребенку в первом полугодии, во втором – *«последующую»* смесь.

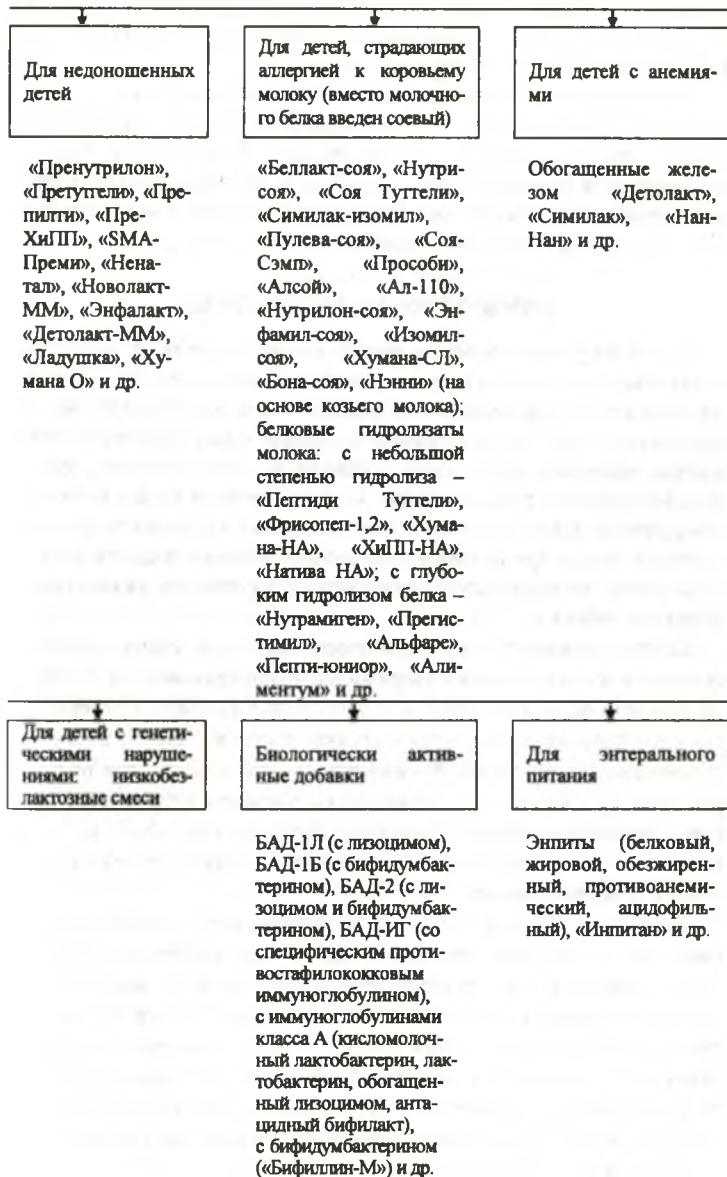
В период *новорожденности* предпочтение отдается пресным высокоадаптированным молочным смесям. Кисломолочные смеси могут вызвать развитие ацидоза и срыгиваний. *С 1 месяца* целесообразно *сочетать* пресные и кисломолочные смеси (КМС) в соотношении 1:1. Например, кислую и пресную жидкие смеси «АГУ-1» (или кислую жидкую смесь «АГУ-1» и сухую пресную смесь «Бэби» или «Нутрилон», «Нан»).

Неадаптированные КМС *не следует* вводить в питание здоровых детей раньше 8 месяцев. В отдельных случаях, по показаниям, их вводят с 6–7 месяцев, но не более 200 мл в сутки. При неустойчивом стуле или кишечной инфекции желательнее использовать дополнительно к основному питанию адаптированную, реже – неадаптированную КМС.

Смесь ребенку требуется *подбирать индивидуально*, учитывая ее переносимость. В случае аллергической реакции на высокоадаптированную смесь используют другую того же поколения или частично адаптированную, лечебную.

Целесообразнее кормить ребенка одной и той же смесью. При искусственном вскармливании *допускается* использование не более двух молочных смесей. Замену смеси рекомендуют в случаях аллергической реакции и выраженной дисфункции кишечника на нее, отказе ребенка от данной смеси, прекращении нарастания массы тела в течение 1,5–2 недель.

Схема 2. Диетические продукты лечебного питания



При применении смесей учитывают содержание в них *витамина D₂*. В одних смесях он присутствует (например, в смесях «Хумана», «Симилак», «Виталакт», «Детолакт»), в других его нет («Бона», «Пилги», «Туттели», «Роболакт»).

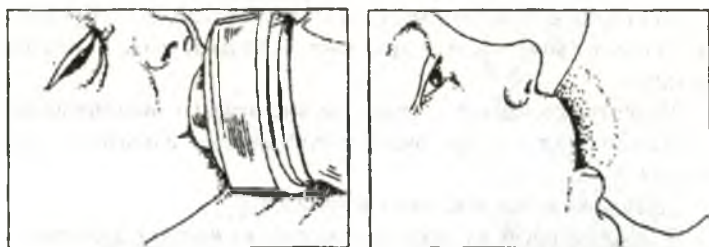
Жидкие смеси (например, «Бэби милком») гарантируют качество воды, стерильность, строгую дозировку. *Сухие смеси* в процессе приготовления требуют разведения качественной водой с соблюдением рекомендуемой дозировки. Вода не должна содержать вредные примеси – соли тяжелых металлов, хлор, ядохимикаты, продукты сгорания топлива, патогенные микробы.

КОРМЛЕНИЕ ИЗ БУТЫЛОЧКИ

Детей *не рекомендуется* кормить из бутылочки при одышке, отсутствии или слабой выраженности рефлекса сосания. Сосание из бутылочки напоминает неправильное «сосковое сосание» и при чередовании сосок с грудью приводит к ослаблению щечных мышц, неправильной технике сосания и, как следствие, утрате желания сосать грудь (рис. 28, а, б). Плохое сосание вызывает снижение выработки молока. Использование сосок во втором полугодии жизни препятствует угасанию рефлекса сосания и является одним из пусковых механизмов, нарушающих психическое развитие ребенка.

Перед кормлением из бутылочки молочную *смесь встряхивают* для гомогенизации содержимого и *подогревают* до 37–40 °С на водяной бане в течение 5–7 мин. Более высокая температура снижает питательную ценность смеси, вызывает свертывание кисломолочных продуктов. Во избежание ожога слизистой полости рта горячей пищей перед каждым кормлением определяют *степень нагревания* смеси – выливают несколько ее капель на тыльную часть руки. Недопустимо, проверяя температуру смеси, пробовать ее из бутылочки.

При кормлении из бутылочки *высасывание смеси* должно быть таким же *затрудненным*, как и при кормлении грудью. Соска должна быть короткой и упругой. Предпочтительны специальные «анатомические» соски из латекса, силикона, имитирующие форму соска во рту ребенка. Так, специальная соска для новорожденных имеет широкое основание, ее диаметр значительно превышает диаметр обычной соски. Благодаря этому ребенок во время кормления прикладывает такое же усилие, как и при кормлении грудью матери.



а

б

Рис. 28. Одинаковый механизм сосания:
а – из бутылочки; б – при захвате только соска

Соска с *антивакуумной* юбкой позволяет воздуху непрерывно попадать внутрь бутылочки. При использовании обычной соски в бутылочке возникает разрежение, ребенок начинает засасывать воздух, что вызывает аэрофагию.

Разработаны соски, позволяющие менять *скорость потока* молока (смеси) в зависимости от возраста ребенка и густоты пищи. «Медленный поток» рекомендуется для новорожденных или недоношенных детей. «Переменный поток» (для ребенка от 3 месяцев жизни) регулирует скорость потока в процессе кормления – быстрее в начале и медленнее к концу. Если в соске не предусмотрены отверстия, их прокалывают раскаленной иглой с внутренней стороны – в направлении выделения молока при сосании. Для максимальной имитации соска матери в соске делают *несколько отверстий*. В первые месяцы жизни используют соски с маленькими отверстиями, в последующем отверстия делают несколько больше.

Перед *каждым* кормлением надо *проверить*, не расширилось ли отверстие: перевернуть бутылочку горлышком вниз и определить, вытекает ли молоко свободно или при надавливании на соску. Если молоко поступает по каплям только при надавливании на соску – отверстия в ней маленькие, не поступает – они чрезмерно узкие, льется струей – они очень большие. Из перевернутой бутылочки молоко должно поступать редкими каплями.

Во время кормления *нельзя* оставлять одного малыша без присмотра. Не следует кормить его, если он спит или кричит. Кормят ребенка по желанию, *недопустимо* докармливать насильно. Кормление нескольких детей из одной бутылочки (даже при смене сосок) *запрещается*.

Оснащение рабочего места: 1) молочная смесь; 2) бутылочка; 3) соска, емкость для ее хранения; 4) водяная баня; 5) подводка воды.

Подготовительный этап выполнения манипуляции.

1. Вымыть *руки* под проточной водой, дважды намыливая, просушить.

2. *Налить* молочную смесь в бутылочку.

3. Извлечь соску из емкости и надеть, *не касаясь* пальцами ее верхушки, на бутылочку.

4. Проверить *пригодность соски и температуру* молочной смеси. Для этого перевернуть бутылочку горлышком вниз: молоко должно вытекать редкими каплями и быть слегка теплым.

5. Сесть прямо, ребенка расположить полусидя на коленях. Малыш опирается спиной на плечо матери, голова находится ближе к ее плечевому суставу.

Основной этап выполнения манипуляции. 6. Вывести воздух из соски, наклонив бутылочку *под углом 45°*. Чтобы воздух не попал в соску, наклон бутылочки во время кормления меняют: при уменьшении количества молока ее приподнимают (рис. 29). *Длительность* кормления должна быть не менее *15–20 мин.*

Заключительный этап выполнения манипуляции. 7. После кормления ребенку придать *вертикальное положение*, поддерживая спинку и шею, слегка наклонив голову вперед. Медицинской сестре рекомендуется удерживать ребенка лицом от себя, матери – повернув к себе (рис. 30). Отрыжка воздухом может произойти через 2–3 мин. В течение 30 мин после кормления выкладывать ребенка на живот *недопустимо.*

8. Снять соску с бутылочки. И использованные соски необходимо *стерилизовать* на посту, бутылочки доставить для стерилизации в молочную комнату. Оставшееся после кормления молоко (молочную смесь) *недопустимо* ставить в холодильник и разогревать в дальнейшем повторно.

9. Отметить *в листе питания* количество съеденной ребенком пищи. Данные записываются после *каждого* кормления.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ СОСОК

Оснащение рабочего места: 1) 2% раствор бикарбоната натрия; 2) соски; 3) маркированная емкость (кастрюля с крышкой); 4) подводка воды.



Рис. 29. Положение бутылочки во время кормления



Рис. 30. Позиция ребенка после кормления

Подготовительный этап выполнения манипуляции.

1. Промыть внутреннюю и наружную поверхности сосок *горячей проточной водой*.

2. Обезжирить соски в течение *30 мин* в *2% растворе бикарбоната натрия*, подогретом до *50 °С*.

3. Промыть их *проточной* водой.

4. Положить соски в кастрюлю с крышкой (маркированной «Для кипячения сосок»).

Основной этап выполнения манипуляции. 5. *Стерилизовать* соски кипячением *30 мин* (в *2% растворе натрия бикарбоната* – 15 мин).

Заключительный этап выполнения манипуляции. 6. Слить воду из емкости для стерилизации сосок. *Хранить* соски в той же емкости под крышкой. Использовать соски разрешается в течение смены. Упавшую на пол соску применять без обработки *недопустимо*.

Контрольные вопросы

1. Как выбрать молочную смесь? 2. В каких случаях ребенка кормят из бутылочки 3. Почему после кормления из бутылочки ребенок отказывается от груди? 4. Как предпочтительнее кормить ребенка в случае затруднения дыхания? 5. Опишите методику кормления из бутылочки.
6. Как поступить, если после кормления в бутылочке осталось молоко?
7. Где стерилизуются соски и бутылочки? 8. Как стерилизуют соски?

ПАСТЕРИЗАЦИЯ МОЛОКА

Пастеризация представляет собой *обеззараживание* молока при нагревании до температуры, не достигающей 100 °С. Она *позволяет* сохранить биологически ценные свойства молока и обезвредить в нем патогенную микрофлору.

При пастеризации молока и обработке посуды необходимо строго соблюдать *санитарно-гигиенические требования*. В отделениях новорожденных и недоношенных детей выделяют помещение, в котором сцеживают молоко. Посуду для сбора грудного молока (прокипяченную сухую кружку или стакан) прикрывают марлевыми салфетками и выдают матерям перед каждым кормлением. После кормления ее собирают со сцеженным молоком. Молоко от родильниц observationalного отделения сбора не подлежит.

Собранное молоко доставляют в молочную комнату, разливают в бутылочки и пастеризуют. Пастеризованное молоко используют строго по назначению врача. Медсестра молочной комнаты выдает молоко новорожденным *по требованию* постовых сестер. Количество его соответствует *одному кормлению* ребенка. Перед доставкой бутылочек с молоком в детскую палату она должна вымыть *руки* с мылом, просушить стерильной салфеткой. *Постовые сестры* при необходимости подогревают молоко на маркированной водяной бане непосредственно перед кормлением ребенка.

Обработка использованной посуды выполняется *после каждого* кормления детей и сцеживания молока. Посуда из *observationalного отделения* родовспомогательного учреждения предварительно замачивается на 15 мин в 2% растворе бикарбоната натрия, кипятится в специальной емкости не менее 15 мин в отделении, затем передается в молочную комнату.

Для наилучшего сохранения витаминов, ферментов, гормонов, факторов защиты разработаны *щадящие методы* обеззараживания и консервации молока. В крупных клиниках создаются банки молока – сцеженное молоко подвергают пастеризации в щадящем режиме (62,5 °С в течение 30 мин), затем его замораживают в стерильных пакетах при температуре 18–20 °С. Замороженное грудное молоко может сохраняться в течение 3 месяцев. Перед употреблением пакеты опускают в теплую воду и оттаивают. Разработана новая технология сохранения грудного молока методом высушивания (сублимации). Готовый продукт получают в сухом виде.

Оснащение рабочего места: 1) стерильные бутылочки емкостью 30–50 мл для индивидуального использования; 2) стерильные колпачки; 3) стерильная воронка; 4) водяная баня; 5) плита; 6) столы для чистой и использованной посуды; 7) холодильники; 8) сушильный шкаф; 9) емкость для сбора использованных бутылочек, стеклянных воронок и молокоотсосов; 10) воздушный стерилизатор; 11) шкаф для хранения чистой посуды; 12) 2% раствор бикарбоната натрия; 13) ванны для мытья посуды, ерши.

Подготовительный этап выполнения манипуляции. 1. Вымыть и просушить *руки*.

2. Поставить стерильные молочные бутылочки на стол для чистой посуды.

3. Разлить в них через *стерильную* воронку собранное грудное молоко.

4. Закрыть горлышки бутылочек *стерильными* колпачками.

Основной этап выполнения манипуляции. 5. Поставить бутылочки на *водяную баню* (дно застелено марлей). Уровень молока должен быть *ниже* уровня воды.

6. Пастеризовать молоко на водяной бане *5–7 мин*. Отсчет времени производить с момента *закипания воды*.

7. *Охладить* молоко до комнатной температуры.

Заключительный этап выполнения манипуляции. 8. *Хранить* пастеризованное молоко в холодильнике при температуре *+4 °С не более 12 ч*. Непастеризованное (нативное) молоко хранению не подлежит.

ОБРАБОТКА БУТЫЛОЧЕК

Оснащение рабочего места см. «Пастеризация молока».

Подготовительный этап выполнения манипуляции. 1. После кормления *промыть* бутылочки от остатков пищи под проточной водой.

2. Приготовить *раствор бикарбоната натрия* из расчета 200 г на 10 л воды.

Основной этап выполнения манипуляции. 3. Погрузить бутылочки для *обезжиривания* в горячий (+ 50 °С) *раствор бикарбоната натрия* на 15–30 мин, затем вымыть ершом в этом же растворе.

4. Промыть бутылочки *горячей проточной водой* изнутри и снаружи с помощью ерша.

5. *Ополоснуть* бутылочки проточной водой снаружи и изнутри.

6. Чистые бутылочки поместить горлышком вниз в металлические сетки для стекания воды.

7. Поставить бутылочки в электровоздушный стерилизатор (ЭВС) и *подсушить* при температуре до $+60\text{ }^{\circ}\text{C}$, затем надеть на горлышки *колпачки*, положить индикатор в ЭВС (например, винную кислоту в пяти точках – 4 по бокам и 1 посередине) и *стерилизовать* при температуре $+180\text{ }^{\circ}\text{C}$ в течение 1 ч или при $+160\text{ }^{\circ}\text{C}$ – 2,5 ч (с момента достижения указанной температуры).

Заключительный этап выполнения манипуляции. 8. *Отметить* в специальной тетради время, дату, количество стерильных бутылочек, расписаться. *Хранят* стерильные бутылочки с горловинами, закрытыми колпачками, в отдельном шкафу. Их можно использовать в течение 3 дней.

Контрольные вопросы

1. Перечислите оснащение молочной комнаты. 2. Какие требования предъявляются к ее содержанию? 3. Чем отличается пастеризованное молоко от стерилизованного? 4. Опишите сбор, пастеризацию и хранение молока. 5. Как выдается молоко постовым сестрам? 6. Как часто стерилизуют соски и бутылочки? 7. Как обрабатывают их после использования в стационаре и домашних условиях? 8. Какие требования предъявляются к содержанию молочной комнаты?

ПОТРЕБНОСТЬ В ПИЩЕ. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ

• Расчет потребности в пище • Принципы составления меню

РАСЧЕТ СУТОЧНОЙ И РАЗОВОЙ ПОТРЕБНОСТИ В ПИЩЕ

Алгоритм расчета. 1. Выбрать в зависимости от *возраста* ребенка формулу для расчета *суточной потребности* в пище.

■ **Объемные методы:**

• *Суточное количество молока* составляет в первые 7–8 дней жизни – 2% массы тела при рождении $\times n$, где n – день жизни (формула Зайцевой) или $70 \times n$ при массе тела при рождении ниже 3200 г ($80 \times n$ – при массе тела выше 3200 г).

• Со второй недели жизни – *по другому объемному методу*: от 2 недель до 2 месяцев – 1/5 должной массы тела; от 2 месяцев

до 4 месяцев – 1/6 массы тела; от 4 месяцев до 6 месяцев – 1/7 массы тела; после 6 месяцев – 1000 мл (разовый – 200 мл).

Должная масса тела = масса тела при рождении + месячные прибавки (ориентировочно за первый месяц – 600 г, за второй – 800 г, за третий – 800 г и каждый последующий месяц на 50 г меньше предыдущего).

■ **Калорийный метод:** в первую четверть года – 120 ккал/кг массы тела; во вторую – 115 ккал/кг массы тела; в третью – 110 ккал/кг массы тела; в четвертую – 105 ккал/кг массы тела. Известно, что 100 мл грудного молока имеет калорийность 70 ккал.

2. Определить **разовую потребность** в пище. Для этого суточный объем пищи делят на число кормлений. Новорожденного ребенка кормят по требованию, до 5 месяцев ориентировочное число кормлений составляет 6 раз в сутки через 3,5 ч; с 5 месяцев – 5 раз через 4 ч. С одного года, а чаще с 1,5 года, детей переводят на четырехразовое кормление.

СОСТАВЛЕНИЕ МЕНЮ

Алгоритм составления меню. 1. Определить **ориентировочные часы** кормлений.

2. Выделить **основной** продукт питания (грудное молоко или адаптированная молочная смесь).

3. Определить набор **разрешенных** по возрасту продуктов (прикормы, корригирующие добавки).

4. Определить **суточную и разовую потребность** в пище.

5. **Рационально** распределить набор разрешенных продуктов.

Пример 3 Примерный рацион ребенка 2 месяцев, находящегося на грудном вскармливании (масса тела при рождении 3100 г).

Алгоритм составления меню: ребенка кормят по требованию, ориентировочно с 6 ч через 3,5 ч 6 раз; основной продукт питания – грудное молоко; суточная потребность в пище составляет 1/6 массы тела (масса тела равна 3100 г + 600 г + 800 г = 4500 г), т. е. $4500 : 6 = 750$ (мл).

Пример 4 Примерный рацион ребенка 9 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании.

Алгоритм составления меню: ребенка кормят ориентировочно с 7 ч через 4 ч 5 раз; основной продукт питания – адаптированная молочная смесь с меньшей адаптацией («последующая» смесь);

по возрасту рекомендуется вести 3 прикорма – овощное пюре, молочную кашу, адаптированную молочную смесь; корригирующие добавки – сок, фруктовое пюре, творог, желток, мясное пюре, сливочное и растительное масло, печенье; разовая потребность в пище – 200 мл; рациональное сочетание продуктов – молочная каша, сливочное масло + фруктовое пюре; овощное пюре, растительное масло + мясное пюре + желток + сок; адаптированная молочная смесь + творог + фруктовое пюре; кефир детский + печенье.

- 7.00. Адаптированная «последующая» молочная смесь 200 мл, сок 40 мл.
- 11.00. Молочная каша 155 г, сливочное масло 5 г, фруктовое пюре 40 г.
- 15.00. Овощное пюре 140 г, растительное масло 5 г, мясное пюре 50 г, желток 1/2, сок 40 мл.
- 19.00. Адаптированная «последующая» молочная смесь 120 мл, творог 40 г, фруктовое пюре 40 г.
- 23.00. Кефир детский 190 мл, печенье 10 г.

Контрольные вопросы

1. Определите суточную (разовую) потребность в пище ребенка 4 дней (15 дней, 3 месяцев, 5 месяцев, 7 месяцев, 8 месяцев, 11 месяцев), если масса при рождении составляла 3100 г. 2. Составьте меню ребенку 1 месяца (4,5 месяца, 5 месяцев, 6 месяцев, 8 месяцев, 10 месяцев), находящемуся на грудном (искусственном) вскармливании.