



Н.В. Ежова Е.М. Русакова
Г.И. Кащева

ПЕДИАТРИЯ



ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ

Н.В. Ежова Е.М. Русакова
Г.И. Кащеева

ПЕДИАТРИЯ

Утверждено
Министерством образования Республики Беларусь
в качестве учебника для учащихся
учреждений образования,
реализующих образовательные программы
среднего специального образования
по специальности «Сестринское дело»

9-е издание, стереотипное



Минск
«Вышэйшая школа»

УДК 616-053.2(075.32)

ББК 57.3я723

Е41

Рецензент: заведующий 2-й кафедрой детских болезней Белорусского государственного медицинского университета доктор медицинских наук, профессор *Т.Н. Войтович*

Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства

Ежова Н. В.

Е41 Педиатрия : учебник / Н. В. Ежова, Е. М. Русакова, Г. И. Кашеева. – 9-е изд., стер. – Минск : Вышэйшая школа, 2016. – 639 с., [16] л. цв. вкл.: ил.

ISBN 978-985-06-2588-5.

Освещены вопросы физического, психического и полового развития ребенка, анатомические и физиологические особенности детского организма, современные представления о вскармливании новорожденных и детей первых лет жизни и специфике питания в условиях загрязнения окружающей среды радионуклидами. Изложены болезни детского организма, уход при них, медицинская помощь при неотложных состояниях; работа детских медицинских учреждений; гигиенические и противоэпидемические требования к ним; обязанности медсестры и особенности ее работы в профильных отделениях, правильное ведение медицинской документации; медико-психологические проблемы, возникающие при работе с детьми и их родителями.

Предыдущее издание вышло в 2014 г.

Для учащихся медицинских училищ и колледжей, работников среднего медицинского звена.

УДК 616-053.2(075.32)

ББК 57.3я723

ISBN 978-985-06-2588-5

© Ежова Н. В., Русакова Е. М.,
Кашеева Г. И., 1997

© Ежова Н. В., Русакова Е. М.,
Кашеева Г. И., 2014, с изменениями

© Оформление. РУП «Издательство
"Вышэйшая школа"», 2014

ОТ АВТОРОВ

Настоящее издание учебника «Педиатрия» дополнено новыми сведениями, основанными на достижениях педиатрической науки и практики последних лет. Главное внимание уделено особенностям сестринского процесса, организации работы медсестры и основам медицинской психологии. Впервые книга была издана в 1997 г., переиздавалась с изменениями и дополнениями неоднократно, предыдущее издание вышло в 2014 г.

Учебник состоит из трех разделов. В первом разделе (*Н.В. Ежова*) освещены основы сестринского процесса, вопросы ухода за новорожденными в родовспомогательном учреждении и дома. Представлены современные взгляды на питание ребенка в различные возрастные периоды жизни. Даны рекомендации по питанию в условиях загрязнения среды радионуклидами. Изложены закономерности физического, психического и полового развития ребенка. Представлены сведения об организации медицинской помощи в поликлинике и дошкольном учреждении. Дополнен материал по оптимизации вскармливания детей раннего возраста, пересмотрена терминология и некоторые схемы организации питания. Эта информация поможет медсестре грамотно осуществлять наблюдение за здоровым ребенком и оказывать консультативную помощь по его правильному развитию и питанию.

Во втором разделе представлена структура, санитарно-противоэпидемический режим детского стационара, уход за недоношенным ребенком, болезни новорожденных (*Н.В. Ежова*). Описаны рахит, атопический дерматит, паразитарные заболевания, болезни органов кровообращения, мочевыделения (кандидат медицинских наук *Е.М. Русакова*). Представлены белково-энергетическая недостаточность, болезни органов дыхания, пищеварения (*Г.И. Кащеева*), а также болезни системы крови (*Г.И. Кащеева*, кандидат медицинских наук *Е.М. Русакова*), эндокринной системы (*Н.В. Ежова*, кандидат медицинских наук *Е.М. Русакова*), неотложная помощь (*Н.В. Ежова*, *Г.И. Кащеева*). Рассмотренные анатомо-физиологические особенности ребенка облегчат медсестре усвоение клинических проявлений заболеваний, правил ухода при них. Дополнен материал по уходу за недоношенным ребенком, внутриутроб-

ным инфекциям, заболеваниям крови и почек, сахарному диабету. Освещены вопросы атопического дерматита.

В третьем разделе представлены пути борьбы с инфекционными болезнями, активная иммунизация детей, туберкулез у детей и подростков, ВИЧ-инфекция (*Н.В. Ежова*). Описаны устройство, санитарно-гигиенический и противоэпидемический режимы в инфекционном стационаре, капельные инфекции, вирусные гепатиты (кандидат медицинских наук *Е.М. Русакова*), кишечные инфекции (*Г.И. Кащеева*). Представлены особенности инфекционных заболеваний в детском возрасте, уход при них, указаны противоэпидемические мероприятия, проводимые в очаге. Дополнен материал по иммунопрофилактике, туберкулезу, капельным и кишечным инфекциям.

Авторы надеются, что книга поможет учащимся в освоении знаний, а работникам среднего медицинского звена – в их трудовой деятельности. Все замечания и предложения, направленные на дальнейшее совершенствование учебника, будут восприняты с благодарностью.

■ РАЗДЕЛ I ■

РАБОТА МЕДСЕСТРЫ ПО ВОСПИТАНИЮ И РАЗВИТИЮ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

ГЛАВА 1. ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ПЕДИАТРИИ

• Определение, структура • Понятие о международном классификаторе сестринской практики • Особенности организации сестринского процесса в педиатрии

Сестринский процесс – это научно обоснованная профессиональная сестринская помощь, ориентированная на потребности пациента (прил. 1, 2). Организационная структура сестринского процесса включает пять этапов (прил. 3).

I этап. Сестринское обследование пациента. Цель: получение информации для оценки состояния ребенка.

Для этого необходимо:

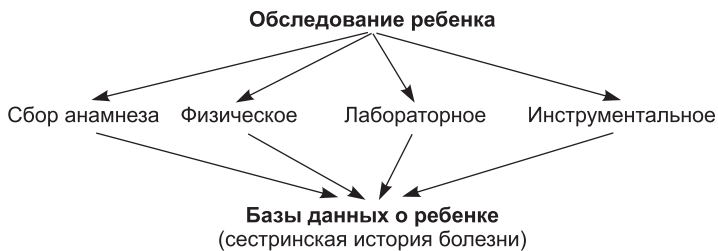
а) собрать субъективные данные – анамнез жизни (социальный, биологический, генеалогический), жалобы (признаки заболевания), эпидемический анамнез и анамнез заболевания. Особое внимание следует обратить на историю возникновения проблемы в здоровье ребенка, социологические данные (взаимоотношения, окружающая среда), сведения о развитии, психологические особенности (индивидуальные особенности характера, самооценка, способность принимать решения);

б) исследовать объективные данные о состоянии ребенка: результаты его осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, измерения артериального давления, пульса, частоты дыхания, данные лабораторно-инструментальных исследований;

в) внести в сестринскую историю пациента базу данных, полученную в ходе обследования (схема 1).

II этап. Определение потребностей пациента и выявление его проблем, постановка сестринского диагноза. Цель: установить существующие и потенциальные проблемы пациента, их причины, сильные стороны пациента, которые помогли бы предупредить или разрешить эти проблемы.

Схема 1. Сестринское обследование ребенка



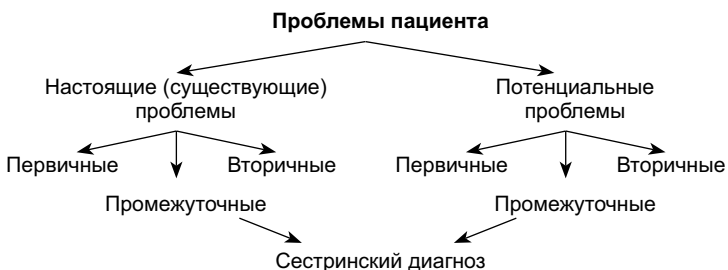
Для этого следует:

а) выявить потребности и проблемы ребенка (существующие, потенциальные). Существующие проблемы (они есть у ребенка в настоящее время) – проблемы нарушения развития и процессов жизненной деятельности; проблемы, связанные с уходом; психологические проблемы; проблемы, связанные с родителями. Например: боль, нарушение целостности кожных покровов, стресс, дефицит знаний родителей. *Потенциальные*, или *вероятные*, проблемы (могут появиться с течением времени) – риск возникновения осложнений и развития неотложных состояний. Например, риск развития пролежней из-за нарушенной подвижности ребенка;

б) установить приоритетность выявленных проблем для определения последовательности их разрешения. Различают первичные проблемы (связанные с повышенным риском для жизни и здоровья, требующие экстренной помощи), промежуточные (не представляющие серьезной опасности, допускающие отсрочку сестринского вмешательства), вторичные (не имеющие прямого отношения к заболеванию и его прогнозу, схема 2);

в) поставить сестринский диагноз на основании выявленных проблем. *Сестринский диагноз* – это клиническое сужде-

Схема 2. Диагностирование состояния ребенка

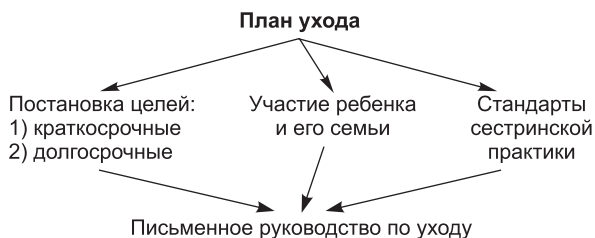


ние медсестры, в котором дается описание реакций пациента на фактически существующие и возможные (потенциальные) проблемы, связанные с его здоровьем, указанием вероятных причин этих реакций и характерных признаков. В сестринских диагнозах выделяют три существенных компонента, которые обозначаются «PES-формат» (Гордон, 1987): «P» указывает на проблему, связанную со здоровьем, «E» представляет собой этиологию (причину) проблемы, а «S» описывает характерные черты. Формулировка диагноза: проблема, «связанная с...» (этиология / причина), «подтверждаемая...» (признаки и симптомы или определяющие характерные черты). Например: нарушение сна («P»), связанное с заболеванием и тревогой в связи с госпитализацией («E»), подтверждаемое жалобами на затрудненное засыпание и прерывистый сон («S»).

В настоящее время разработан международный классификатор сестринской практики, МКСП (International Classification for Nur-sing Practice, ICNP). Это профессиональный информационный инструмент для стандартизации профессионального языка медсестер, создания единого информационного поля, документирования сестринской практики, учета и оценки ее результатов, подготовки кадров, проведения исследований в сестринском деле. Классификация состоит из трех основных компонентов: сестринский феномен (явление, связанное со здоровьем или социальным процессом, по отношению к которому направлены профессиональные действия медсестры), сестринское действие (вмешательство) и результат действия медсестры. В каждом блоке представлены рубрики и подрубрики, имеется система их кодирования.

III этап. Планирование сестринской помощи. Цель: определение ожидаемых результатов (целей) сестринской помощи пациенту и разработка плана сестринских вмешательств (схема 3).

Схема 3. Планирование сестринской помощи



Для этого необходимо:

а) определить вид целей: краткосрочные (рассчитанные на 2 недели) или долговременные (более 2 недель); отразить структуру целей – конкретное действие, критерий (дата, время и т. д.), условие (с помощью кого или чего будет достигнут результат). Следует помнить о требованиях к постановке целей – реальность и достижимость, возможность проверки достижения, временные пределы (указание сроков достижения целей). Например: проблема – нарушение сна; краткосрочная цель – в пределах семи дней ребенок может засыпать в течение 30 мин после укладывания и спать без пробуждения 4–6 ч, при необходимости с помощью седативных средств; долговременная цель – к моменту выписки из стационара ребенок сможет спать от 6 до 7 ч непрерывно без приема седативных средств;

б) составить план сестринского вмешательства, направленного на достижение поставленных целей (табл. 1).

Табл. 1. План сестринского вмешательства

План сестринского вмешательства	Обоснование
1. Наблюдать за сном пациента, оценить нарушения сна	1. При планировании помощи важны исходные данные о характере сна ребенка
2. Подготовить ребенка ко сну (правильная организация режима дня, питания, гигиенических мероприятий, психологический контакт)	2. Ребенок реагирует на привычный режим отдыха и бодрствования, приспосабливается к нему
3. Организовать благоприятную обстановку для сна (аэрация помещения, комфортная температура, снижение воздействия внешних раздражителей, чистая и теплая постель)	3. Эти мероприятия усиливают расслабление и способствуют сну
4. Оказать ребенку (матери) психологическую поддержку	4. Присутствие человека, вызывающего доверие, снижает у пациента уровень тревоги

IV этап. Выполнение плана сестринских вмешательств.

Цель: выполнение медсестрой действий в соответствии с наменным планом, их документирование (схема 4).

Для этого необходимо:

а) реализовать план сестринского вмешательства – осуществить независимые, зависимые или взаимозависимые

Схема 4. Выполнение плана сестринских вмешательств



действия. *Независимые действия* выполняются медсестрой без указаний и назначений со стороны врача. Например: 1) наблюдайте за сном пациента, оцените нарушения сна; 2) рекомендуйте матери (родственникам) за 30 мин до сна воздержаться от проведения возбуждающих игр, провести прогулки, гигиенические мероприятия, покормить малыша, поговорить с ним; для старших детей – исключить прием кофе, крепкого чая, шоколада, крепких бульонов, острой пищи за 2 ч до сна; обучить ребенка элементам аутотренинга; 3) посоветуйте матери (родственникам) проветрить комнату; поддерживать температуру в помещении (18–20 °С); устранить шумовые и световые раздражители (приглушить звук телевизора, радио, поставить ночник в комнате); постелить удобную, чистую постель; 4) убедите мать, что успех зависит от точного выполнения рекомендаций. *Зависимые действия*, выполняются медсестрой на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением. Например: по назначению врача дайте ребенку седативное средство. *Взаимозависимые действия* – взаимные действия медсестры с врачом, другими работниками здравоохранения, родственниками пациента и т. д.;

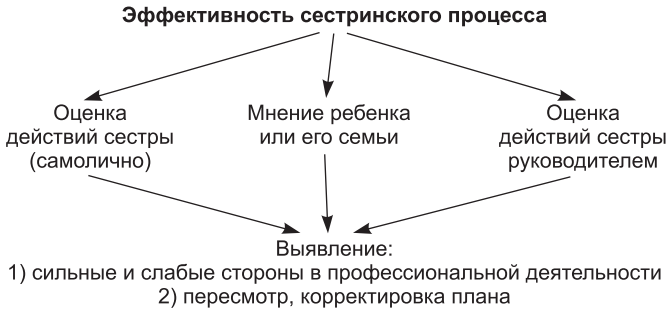
б) определить потребность ребенка в помощи (временная, постоянная, реабилитирующая);

в) внести данные в карту сестринского ухода.

V этап. Оценка эффективности сестринской помощи.

Цель: оценка реакции пациента на сестринские вмешательства, анализ качества предоставленной помощи и оценка полученных результатов.

Схема 5. Оценка эффективности сестринской помощи



Для этого следует:

а) оценить качество помощи на основании изучения своих действий, мнения ребенка и его семьи, руководителя (старшей и главной медсестер). Критериями эффективности сестринской помощи являются прогресс в достижении целей, ответная реакция ребенка на вмешательство, соответствие полученного результата ожидаемому (схема 5). Например: отсутствие жалоб у ребенка (матери) на нарушение сна, отсутствие нарушений сна, выявляемых медсестрой; ребенок может засыпать в течение 30 мин после укладывания и спать без пробуждения 6–7 ч без седативных средств;

б) определить дальнейшую тактику. Если поставленные цели достигнуты и проблема решена, необходимо поставить подпись и дату в строке соответствующей цели. Если цель не достигнута, следует выявить причины, определить сильные и слабые стороны в профессиональной деятельности медсестры, пересмотреть цель и сроки ее реализации, внести коррективы в план сестринского ухода.

Особенности организации сестринского процесса в педиатрии. Медсестра при работе с детьми должна знать анато-физиологические особенности детского организма, условия протекания заболеваний. Учитывать возрастную специфику универсальных проблем ребенка в различные периоды детства (рациональное питание, питьевой режим, сон, личная гигиена, рациональная одежда и др.), проблем, связанных с развитием (педагогическая запущенность, практикующиеся в семье патологические типы воспитания, снижение самооценки, снижение интеллекта, нарушение связей с родственниками, отставание в психическом, физическом развитии и др.).

В профессиональной деятельности следует уделять особое внимание психологическому компоненту как при работе с ребенком, так и его родственниками, уметь определить состояние их знаний и представлений о потребностях ребенка.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение сестринскому процессу. 2. Перечислите его структуру (этапы). 3. Каковы особенности организации сестринского процесса в педиатрии? 4. Используя междисциплинарные связи и приложения 1, 2, 3, опишите основные жизненно важные потребности и направления деятельности медсестры по А. Маслоу и В. Хендерсон, ситуационно обусловленную сестринскую помощь по модели Ален. 5. Составьте план сестринских вмешательств при наиболее актуальных проблемах ребенка.

ГЛАВА 2. НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК И УХОД ЗА НИМ

Адаптация детей к условиям внеутробной жизни. Пограничные состояния

• Основная терминология • Изменения в организме новорожденного • Фазы наибольшего напряжения приспособительных реакций • Транзиторные (пограничные) состояния: определение, общая характеристика, причины возникновения, клинические проявления, тактика

Раздел педиатрии, изучающий возрастные особенности и заболевания детей периода новорожденности, называется *неонатологией*.

Живорождение представляет собой полное изгнание или извлечение плода из организма матери с признаками жизни: самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольные движения мышц.

С момента пересечения пуповины и отделения плода от матери начинается период новорожденности. В это время организм ребенка приспособляется к условиям внешней среды: устанавливаются легочное дыхание, внеутробное кровообращение, начинают функционировать пищеварительные органы, появляется самостоятельная терморегуляция, повышается обмен веществ. Наибольшее напряжение приспособительных реакций проявляется в первые 30 мин жизни, 1–6 ч жизни, на 3–4-е сутки.

Для новорожденных характерны особые физиологические состояния, отражающие процесс приспособления ребенка к новым условиям жизни. Эти состояния называются *пограничными*, так как возникают на границе двух периодов жизни (внутриутробного и внеутробного) и, являясь физиологическими, при неблагоприятных условиях могут принимать патологическое течение. Они кратковременны, никогда впоследствии не повторяются и обычно не требуют специального лечения. Оценив характер пограничных состояний, можно судить об индивидуальных особенностях периода новорожденности и зрелости ребенка.

Критериями зрелости являются гестационный возраст новорожденного, его морфологическая и функциональная зрелость, физическое развитие. *Гестационный возраст* ребенка определяется количеством полных недель, прошедших между первым днем последней менструации и датой родов. *Доношенным* новорожденным считается ребенок, родившийся при сроке беременности от 37 полных недель до 42; *переношенным* – родившийся после 42 полных недель беременности; *недоношенным* – родившийся в сроки от 22 полных недель до 37 недель.

Морфологические признаки зрелости новорожденного ребенка – это розовый цвет кожных покровов, твердые, оформленные ушные раковины, ареолы сосков более 5 мм, полностью исчерченные стопы, сформированные половые органы.

Функциональные признаки зрелости оцениваются по способности удерживать температуру тела (при адекватном температурном режиме окружающей среды), наличию и выраженности сосательного, глотательного и других безусловных рефлексов, правильности ритма дыхательных движений и сердечных сокращений, отсутствию приступов апноэ и цианоза, признаков расстройства микроциркуляции.

Синдром «только что родившегося ребенка». В момент родов в ответ на обилие внешних и внутренних раздражителей у новорожденного появляется первичная ориентировочная реакция: мгновенное обездвиживание, глубокий вдох, крик, повышенный мышечный тонус и типичная поза новорожденного – конечности согнуты и приведены к туловищу, кисти сжаты в кулачки (рис. 1).



Рис. 1. Новорожденный ребенок

Особенности акта дыхания и кровообращения (кардиореспираторная адаптация). Расправлению легких новорожденного ребенка способствуют дыхание с периодически возникающим глубоким вдохом и затрудненным выдохом, его кратковременная остановка (апноэ), крик ребенка. У детей первых 2–3 дней жизни отмечается физиологическая гипервентиляция легких; она в 1,5–2 раза больше, чем у более старших детей. Гипервентиляция направлена на ликвидацию ацидоза при рождении.

С момента первого вдоха и прекращения плацентарного кровообращения происходит значительное изменение кровотока. Закрываются зародышевые кровеносные пути: боталлов проток, овальное отверстие, остатки пупочных сосудов (аранциев проток), начинают функционировать малый и большой круги кровообращения. В течение первых двух дней жизни возможен сброс крови (шунтирование), обусловленное состоянием легких и особенностями гемодинамики в большом круге кровообращения.

Транзиторные особенности теплового баланса. Температура тела новорожденного неустойчива и в первые часы жизни может снижаться на 1–2 °С. У некоторых детей на 3–5-й день жизни отмечается транзиторная лихорадка, при которой температура тела повышается и в течение нескольких часов сохраняется на уровне 38–39 °С. Ее причинами являются недостаточное поступление в организм воды, высокое содержание белка в молозиве, несовершенство терморегуляции, перегревание, реакция организма на эндотоксины кишечной палочки при первичном заселении кишечника бактериальной флорой. При транзиторной лихорадке рекомендуют частое прикладывание к груди (для восполнения потребности в жидкости); проводят физическое охлаждение под контролем температуры.

Физиологическая потеря первоначальной массы тела. Наблюдается в первые 3–4 дня жизни у всех новорожденных и не превышает 10%, у недоношенных – 12–14%. Восстановление массы происходит к 7–10-му дню жизни, у больных, недоношенных, крупновесных детей – позже. Снижение массы тела связано с недоеданием ребенка в первые дни жизни, потерей воды с мочой, испражнениями, через кожу и легкие, из-за срыгивания и высыхания пупочного остатка. Для предупреждения большой потери массы тела необходимо раннее прикладывание к груди, кормление по требованию ребенка, своевременное выявление недостатка грудного молока и рациональная тактика при этом, соблюдение оптимального теплового режима.

Транзиторные изменения кожных покровов. Простая эритема – гиперемия кожи, иногда с легким цианотичным оттенком в области кистей и стоп. Развивается в результате расширения капилляров кожи в ответ на новые условия окружающей среды. Интенсивность и длительность эритемы зависят от зрелости ребенка. У здоровых доношенных детей она держится от нескольких часов до 2–3 дней. У недоношенных – выражена ярче и сохраняется 5–7 дней. При угасании эритемы отмечается мелкое или крупнопластинчатое шелушение кожных покровов, особенно обильное у переношенных детей. При выраженном шелушении кожу смазывают стерильным растительным маслом.

Токсическая эритема появляется у новорожденных на 2–5-й день жизни и является аллергической реакцией. Состояние детей обычно не нарушается. На кожных покровах наблюдаются единичные или множественные гиперемированные пятна, папулы, везикулы. Высыпаний никогда не бывает на ладонях, стопах и слизистых. В течение нескольких дней могут появиться новые элементы сыпи, которые через 2–3 дня постепенно угасают (рис. 2, см. цв. вкл.). При выявлении эритемы рекомендуются лечебные ванны с *раствором калия перманганата, антигистаминные средства.*

Транзиторная желтуха. У новорожденных обусловлена накоплением в крови и тканях неконъюгированного (свободного) билирубина, образующегося при распаде фетальных эритроцитов. Функционально незрелая печень ребенка не может обеспечить перевод большого количества билирубина в нетоксическую форму и выделение его из организма.

Физиологическая желтуха появляется на 2–3-й день жизни в виде желтушного окрашивания кожных покровов, слизистых оболочек рта и склер. Кал и моча остаются обычной окраски, печень и селезенка не увеличиваются, общее состояние ребенка не нарушается. Желтуха теряет интенсивность и исчезает к 7–10-му дню. У травмированных и недоношенных детей она сохраняется 2–3 недели. При выраженной желтухе чаще прикладывают ребенка к груди, назначают *фенобарбитал*, проводят фототерапию.

Половой криз. Он обусловлен переходом эстрогенов от матери к плоду в периоде внутриутробного развития и с грудным молоком после рождения ребенка. Выявляется у большинства новорожденных, чаще у девочек, и включает несколько состояний.

Нагрубание молочных желез (физиологическая мастопатия) наблюдается независимо от пола и появляется на 3–4-й день жизни, максимально увеличиваясь к 7–10-му дню. Увеличение молочных желез симметричное, кожа над железой не изменена, иногда слегка гиперемирована. Из желез может выделяться содержимое серого или беломолочного цвета (в старой литературе его называли молоком ведьм). Выдавливать секрет не следует из-за опасности травмирования и инфицирования желез. При сильном нагрубании для предохранения раздражения кожи рекомендуют накладывать теплую стерильную повязку.

Кровотечение из влагалища возникает на 5–8-й день жизни. Длительность его не превышает 2–3 дней, объем – 0,5–2 мл. При уходе за ребенком необходимо тщательно соблюдать гигиенический режим.

У девочек в первые дни жизни из половой щели могут появляться слизистые выделения серо-белого цвета. У мальчиков отмечается гиперпигментация мошонки и кожи вокруг сосков. Половой криз может сопровождаться отеком наружных половых органов.

Транзиторные особенности почек. В первые три дня жизни у здоровых новорожденных (10%) отмечается физиологическая олигурия (мочи выделяется менее 1 мл/кг·ч).

Количество мочеиспусканий составляет 4–5 раз в сутки, в последующие дни ребенок мочится чаще, к 10-му дню – до 20–25 раз. Моча здорового ребенка светлая, водянистая.

Альбуминурия встречается у всех новорожденных в первые дни жизни и является следствием повышенной проницаемости эпителия клубочков и канальцев почек.

Мочекислый инфаркт появляется на 3–4-й день жизни и представляет собой отложение мочевой кислоты в виде кристаллов в просвете мочевых канальцев.

Причиной повышенного образования мочевой кислоты являются усиленный распад большого количества клеток (в основном лейкоцитов) и особенности белкового обмена. Инфарктная моча мутная, желто-коричневого цвета, более ярко окрашенная в дни наибольшего падения массы тела. На пеленках остаются коричневые пятна с осадком в виде песка. Постепенно, по мере нарастания диуреза, соли вымываются и в течение 7–10 дней инфаркт проходит.

Меконий (первородный кал). Выделяется в первые дни жизни и представляет собой не имеющую запаха густую, вяз-

кую массу темно-зеленого цвета. Меконий состоит из выделений зародышевого пищеварительного тракта, эпителия, проглоченных околоплодных вод. Позднее он становится более частым, неоднородным по консистенции и окраске (водянистым, темно-зеленым, с желтыми и беловатыми участками). Такой стул называется переходным. Через 2–4 дня он становится кашицеобразным и желтым, частота его составляет несколько раз в сутки.

Для всех основных систем новорожденного характерно состояние «неустойчивого равновесия», поэтому незначительные изменения окружающих ребенка условий могут стать причиной заболеваний. Это требует тщательного специального ухода за новорожденным, особых гигиенических условий его содержания, правильной организации вскармливания.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте понятие о живо- и мертворожденных, критериях зрелости ребенка. 2. Перечислите изменения в организме, происходящие при рождении ребенка. 3. Дайте краткую характеристику пограничным состояниям. Обратите внимание на причины возникновения, время их появления и исчезновения. 4. Какова тактика медицинской сестры при перегревании ребенка и температуре тела 38 °С? 5. Какая допустима максимальная потеря массы новорожденного? Как избежать ее большой потери? 6. Назовите особенности ухода при токсической эритеме. 7. Какие признаки характерны для физиологической желтухи? 8. Перечислите особенности ухода при проявлениях полового криза. 9. Дайте характеристику стула новорожденного ребенка.

Организация медицинской помощи новорожденным

• Этапы медицинской помощи • Санитарно-гигиенические и противоэпидемические требования к медицинскому персоналу и отделениям родильного дома • Особенности работы детской палатной и процедурной медицинской сестры, сестры молочной комнаты • Основы медицинской психологии в родильном доме

Общие сведения

В организации медицинской помощи новорожденным можно выделить три этапа: 1) организация медицинской помощи новорожденным в условиях обычного районного или спе-

циализированного родовспомогательного учреждения; 2) организация медицинской помощи новорожденным в условиях детской поликлиники; 3) условный – организация медицинской помощи заболевшим новорожденным в специализированных отделениях стационаров.

Структура отделений новорожденных родильного дома

Родовспомогательное учреждение имеет физиологическое и обсервационное отделения (либо палаты) для новорожденных.

В физиологическое отделение принимают детей от матерей с физиологически протекавшей беременностью и родами. Физиологическое отделение наряду с постами для здоровых новорожденных имеет пост для недоношенных детей, а также детей, родившихся от перенесенной беременности, после оперативных родов и перенесших родовую травму. В составе поста организуют палату интенсивного ухода.

В обсервационном отделении находятся новорожденные, родившиеся в этом отделении или после родов, происшедших вне родовспомогательного учреждения; новорожденные с клиникой врожденной инфекции или переведенные из физиологического отделения в связи с заболеванием матери; «отказные» дети, подлежащие усыновлению или переводу в лечебные стационары и дома ребенка. В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят и мать.

Отделение обсервации должно быть полностью изолировано от других детских отделений. Палаты обслуживаются постоянным медицинским персоналом, который не должен общаться с персоналом физиологического отделения новорожденных и родильного блока. Перевод новорожденного из обсервационного в физиологическое отделение недопустим.

Основными структурными подразделениями каждого отделения являются палаты (боксы или полубоксы), процедурный кабинет, молочная комната, комната иммунопрофилактики, комната для выписки новорожденных, подсобные помещения.

Палаты должны быть боксированными с сестринским постом в боксе или в ближайшем помещении. С общим коридором детские палаты сообщаются через шлюз. Каждый медицинский пост имеет разгрузочную палату для детей, матери которых задерживаются на 1–3 дня после выписки основного числа детей и родильниц.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов.....	3
Введение.....	5
РАЗДЕЛ I. РАБОТА МЕДСЕСТРЫ ПО ВОСПИТАНИЮ И РАЗВИТИЮ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА	16
Глава 1. Основы сестринского процесса в педиатрии	16
Глава 2. Новорожденный ребенок и уход за ним	22
Адаптация детей к условиям внеутробной жизни. Пограничные состояния	22
Организация медицинской помощи новорожденным.....	27
Общие сведения (27). Структура отделений новорожденных родильного дома (28). Санитарно-гигиенический режим детских отделений родильного дома (29). Противозидемический режим родильного дома (35). Обязанности детской палатной сестры (37). Особенности работы процедурной сестры по иммунопрофилактике (38). Организация работы молочной комнаты (38). Выписка новорожденных (39). Группы здоровья новорожденных (40). Уход за новорожденными в домашних условиях (40). Медико-психологические проблемы в неонатологии (41).	
Глава 3. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения. Основы рационального питания	44
Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения.....	44
Вскармливание ребенка первого года жизни.....	47
Грудное вскармливание (47). Методика вскармливания при затруднениях со стороны матери (66). Методика вскармливания при затруднениях со стороны ребенка (73).	
Коррекция питания	76
Частичное грудное и искусственное вскармливание	87
Медико-психологические проблемы при вскармливании ребенка грудью (96).	
Питание детей с 1 года до 7 лет.....	97
Организация питания детей в больнице.....	99
Организация работы молочной кухни	101
Работа сестры детского учреждения по организации питания	102
Проблемы питания детей в условиях загрязнения окружающей среды радионуклидами	106
Глава 4. Рост и развитие детей	108
Физическое развитие детей.....	108
Анатомо-физиологические особенности нервной системы. Нервно-психическое развитие	114
Комплексная оценка состояния здоровья.....	116
Общие сведения (116). Режим дня (118). Физическое воспитание (120). Воспитательное воздействие (126).	
Глава 5. Организация медицинской помощи детям в поликлинике. Работа медицинской сестры по развитию и воспитанию здорового ребенка	128
Структурные подразделения поликлиники и их задачи, обязанности медицинских сестер. Медицинская документация	128
Организация работы участковой сестры по развитию и воспитанию здоровых детей	132
Патронаж	133
Работа участковой сестры на профилактическом приеме	139
Подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение.....	140
Подготовка детей к школьному обучению.....	141
Динамическое наблюдение детского населения	142
Медико-психологические особенности работы сестры в детской поликлинике	144
Глава 6. Гигиенические требования к детскому учреждению. Работа сестры по организации воспитания детей	146

Структура, гигиенические требования к детскому дошкольному учреждению	146
Организация работы медсестры дошкольного учреждения	148
Гигиена детей	154
Особенности психического развития детей раннего возраста	156
РАЗДЕЛ II. ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ. РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УХОДУ И НАБЛЮДЕНИЮ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ	157
Глава 1. Структура, санитарно-противоэпидемический режим детского стационара	157
Организация медицинской помощи в детской больнице	157
Медико-психологические проблемы в работе сестры детского отделения	166
Глава 2. Недоношенный ребенок и уход за ним	168
Особенности выхаживания недоношенного ребенка	168
Медико-психологические проблемы в работе с недоношенными детьми	180
Глава 3. Болезни новорожденных	182
Общие сведения (182).	
Асфиксия новорожденного	182
Родовые травмы и повреждения	192
Перинатальное повреждение центральной нервной системы	193
Врожденные пороки развития	198
Гемолитическая болезнь новорожденного	199
Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожно-жировой клетчатки	204
Неинфекционные заболевания пуповинного остатка и пупочной ранки	206
Неинфекционные заболевания кожных покровов	208
Инфекционные заболевания новорожденных	209
Внутриутробные инфекции (209). Локализованные гнойно-воспалительные заболевания (213). Лечение локализованных гнойных заболеваний (218). Сепсис новорожденных (219). Профилактика гнойно-септических заболеваний (223).	
Глава 4. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы. Рахит. Гипервитаминоз D. Спазмофилия	224
Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы	224
Рахит	227
Гипервитаминоз D	237
Спазмофилия	238
Глава 5. Хронические расстройства питания и пищеварения	241
Дистрофия	241
Белково-энергетическая недостаточность	242
Паратрофия	249
Глава 6. Дискинезии желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста	250
Пилороспазм	250
Пилоростеноз	252
Глава 7. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей. Болезни органов дыхания	254
Анатомо-физиологические особенности органов дыхания	254
Острый ринит	258
Острый средний отит	260
Ангина	263
Хронический тонзиллит	265
Острый ларингит	266
Бронхит	269
Острая пневмония	276
Глава 8. Болезни органов пищеварения	285
Стоматиты	285
Острый гастрит	289
Хронический гастрит	291
Язвенная болезнь	294

Диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (297).
Лечение хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (298).

Глава 9. Болезни желчевыведительной системы	302
Дискинезия желчного пузыря	302
Глава 10. Паразитарные болезни	304
Гельминтозы	305
Аскаридоз (305). Трихоцефалез (306). Энтеробиоз (306).	
Лечение гельминтозов	307
Глава 11. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы. Болезни органов кровообращения	308
Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы.....	308
Врожденные пороки сердца	311
Ревматизм.....	322
Глава 12. Анатомо-физиологические особенности системы крови. Болезни системы крови	331
Анатомо-физиологические особенности системы крови.....	332
Анемия.....	336
Железодефицитная анемия (336).	
Геморрагические диатезы.....	342
Геморрагический васкулит (342). Тромбоцитопения (345).	
Гемофилия.....	347
Острый лейкоз	350
Глава 13. Анатомо-физиологические особенности органов мочевого выделения. Болезни органов мочевого выделения	357
Анатомо-физиологические особенности органов мочевого выделения	357
Пиелонефрит.....	358
Гломерулонефриты	364
Глава 14. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы. Болезни эндокринной системы	370
Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы	371
Особенности течения сахарного диабета у детей	374
Медико-психологические проблемы в работе медицинской сестры с больным сахарным диабетом	391
Болезни щитовидной железы	394
Общие сведения (394). Гипотиреоз (395). Диффузный токсический зоб (398). Эндемический зоб (399).	
Глава 15. Аллергические болезни	401
Атопический дерматит.....	401
Бронхиальная астма.....	412
Глава 16. Неотложная помощь	424
Легочно-сердечная реанимация.....	424
Судорожный синдром.....	428
Лихорадка.....	430
Недостаточность кровообращения	433
Анафилактический шок	437
Носовое кровотечение.....	441
Острые отравления.....	442
Медико-психологические особенности работы медицинской сестры с детьми дошкольного и школьного возраста	445
РАЗДЕЛ III. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ. РАБОТА МЕДСЕСТРЫ ПО УХОДУ И НАБЛЮДЕНИЮ ЗА ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЬНЫМИ. ИММУНОПРОФИЛАКТИКА. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ	449
Глава 1. Пути борьбы с инфекционными болезнями	449

Глава 2. Активная иммунизация детей	452
Общие сведения (452).....	
Плановая иммунопрофилактика	459
Порядок транспортировки и хранения иммунобиологических лекарственных средств (ИЛС)	469
Планирование и организация прививочной работы в поликлинике.....	472
Глава 3. Туберкулез у детей и подростков	477
Туберкулез.....	477
Организация борьбы с туберкулезом. Предупреждение профессионального заражения	488
Глава 4. Структура, санитарно-гигиенический и противоэпидемический режимы инфекционного стационара	493
Глава 5. Острые респираторные инфекции. Капельные инфекции	495
Острые респираторные инфекции	496
Грипп	496
Парагрипп.....	499
Аденовирусная инфекция	499
Лабораторная диагностика, лечение и профилактика ОРИ.....	500
Особенности менингококковой инфекции у детей раннего возраста.....	504
Дифтерия	512
Коклюш	520
Скарлатина	526
Корь.....	530
Краснуха	535
Ветряная оспа.....	538
Эпидемический паротит	543
Глава 6. Кишечные инфекции	547
Эшерихиозы	549
Шигеллез	553
Общие принципы лечения острых кишечных инфекций.....	556
Особенности вирусных гепатитов у детей.....	564
Общие сведения (564). Вирусные гепатиты с фекально-оральным механиз- мом передачи (565). Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом пере- дачи (567).	
ВИЧ-инфекция.....	575
Медико-психологические особенности работы медсестры с инфекционными больными.....	581
Приложения	583
1. Основные жизненно важные потребности (А. Маслоу)	583
2. Жизненные потребности и направления деятельности медсестры (В. Хендерсон).....	583
3. Алгоритм сестринского процесса (модель Аллен).....	584
4. Оценка физического развития по центильным таблицам.....	585
5. Оценка физического развития с помощью центильных графиков (соматограмм).....	591
6. Оценка нервно-психического развития	595
7. Комплексы гимнастических упражнений и массажа	603
8. Рекомендуемые игрушки детям до трех лет	616
9. Схема динамического наблюдения и профилактических мероприятий здоровым детям (Я. Ф. Комяк, 1999).....	617
10. Высшие разовые дозы препаратов, применяемых для оказания неотлож- ной помощи детям.....	622
11. Календарь профилактических прививок	630
12. Эпидемический процесс и меры воздействия	635

Учебное издание

Ежова Наталья Васильевна
Русакова Елена Михайловна
Кащеева Галина Ивановна

ПЕДИАТРИЯ

Учебник

9-е издание, стереотипное

Редактор *В.В. Такушевич*
Художественный редактор *В.А Ярошевич*
Технический редактор *Н.А. Лебедевич*
Корректор *Т.К. Хваль*
Компьютерная верстка *И.В. Войцехович*

Подписано в печать 29.02.2016. Формат 84×108/32. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс». Офсетная печать. Усл. печ. л. 33,6 + 0,84 цв. вкл. Уч.-изд. л. 37,93 + 0,49 цв. вкл. Тираж 1500 экз. Заказ 449.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Вышэйшая школа”». Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/3 от 08.07.2013. Пр. Победителей, 11, 220048, Минск. e-mail: market@vshph.com <http://vshph.com>

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Белорусский Дом печати”». Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 2/102 от 01.04.2014. Пр. Независимости, 79, 220013, Минск.