

К 3770^н

Э. М. КРАВЕЦ

НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ВСКАРМЛИВАНИЕ · УХОД
И ВАЖНЕЙШИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ПОСОБИЕ
ДЛЯ
ВРАЧЕЙ

Академии Медицинских Наук СССР
Ин-т акушерства и Гинекологии
НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
Адрес: Б. Паргольская, 2/6

НАРКОМЗДРАВ СССР
МЕДГИЗ
1943

149
4258a

КАНД. МЕД. НАУК
Э. М. КРАВЕЦ

*Завед. отд. для недоношенных детей
Центр. педиатр. и-та НКЗдрава СССР*

НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ВСКАРМЛИВАНИЕ, УХОД И ВАЖНЕЙШИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

2-е ИСПРАВЛЕННОЕ
ИЗДАНИЕ

4258/a

Академия Медицинских Наук СССР
Институт акушерства и Гинекологии
Библиот. ка
ул. С. Пароженская, 216

НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ—1943—МОСКВА

ПРОВЕРЕНО

1882

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Предисловие	3
Введение	4
Этиология недонашиваемости	4
Смертность недоношенных детей	7
Физиологические особенности недоношенных детей, уход и вскармливание	9
Особенности недоношенных детей	9
Особенности теплорегуляции и способы согревания	11
Особенности дыхания	14
Вскармливание недоношенных детей	16
Уход за грудной железой	26
Уход за пуповиной	27
Гигиенический режим	28
Физическое и психическое развитие недоношенных детей	30
Клиника и лечение различных заболеваний	32
Реактивность организма недоношенных детей	32
Кровоизлияния в мозг	33
Склерема	37
Асфиксия	38
Грипп	39
Воспаление лёгких	43
Воспаление среднего уха	44
Гнойное воспаление слюнных желез	45
Кожные заболевания	45
Острые инфекционные заболевания	46
Анемия	47
Рахит и профилактика его	48
Профилактика и лечение пупочных грыж	50
Организационные мероприятия	51
Связь между родильным домом и детской консультацией	51
Учёт работы	52

ПРЕДИСЛОВИЕ

Выпуск в свет второго издания небольшой монографии кандидата медицинских наук д-ра Э. М. Кравец о недоношенных детях является очень своевременным, так как условия военного времени могут способствовать увеличению числа преждевременных родов, а уход, вскармливание и воспитание недоношенного ребенка представляют много своеобразия и трудностей, мало известных молодым, а иногда и старым врачам. Громадные успехи, достигнутые в этом отношении клиникой недоношенного ребёнка Центрального научно-исследовательского педиатрического института Наркомздрава СССР, дают право и даже обязывают нас возможно шире распространить среди врачей необходимые сведения о способах сохранения жизни этой категории детей.

Учитывая большое число новых врачебных и фельдшерских кадров, привлечённых сейчас к обслуживанию детства, нам кажется весьма полезным выпуск данной книги.

Книга должна помочь практическим работникам в их почётной и ответственной работе—борьбе за жизнь и здоровье ребёнка.

Засл. деят. науки проф. *Сперанский*

ВВЕДЕНИЕ

В советской стране дорога каждая детская жизнь, и в борьбе за эту жизнь наиболее почётная и ответственная роль отведена врачу-педиатру. Ему доверено воспитание здоровой, полноценной смены, и этому делу педиатр обязан отдать все свои знания, весь свой опыт, все силы и энергию. Но для того, чтобы добиться наибольшей эффективности в этой ответственной и трудной работе, врач-педиатр обязан непрерывно повышать свою квалификацию, подкрепляя, обогащая и углубляя теоретическими знаниями накопленный им на практике опыт.

По отношению к недоношенным детям роль врача-педиатра особенно ответственна, так как жизнь этих детей в большинстве случаев зависит от качества медицинского обслуживания.

Изучение особенностей недоношенных детей с научной точки зрения началось при советской власти. В бывшей царской России высокую смертность недоношенных детей как в семье, так и в специальных учреждениях (например, в Московском и Петербургском воспитательных домах) считали закономерным следствием «врождённой, жизненной слабости» этих детей. Советская наука и практика доказали жизнеспособность и полноценность недоношенных детей и необоснованность диагноза «врождённая жизненная слабость» по отношению ко всем недоношенным детям.

Вдумчивое и внимательное отношение к ребёнку, умение подметить малейшие изменения в поведении ребёнка, умение своевременно использовать свои знания в каждом конкретном случае—вот основные требования, предъявляемые врачу-педиатру; в них содержится и верный залог успеха в работе.

ЭТИОЛОГИЯ НЕДОНОШИВАЕМОСТИ

По современным литературным данным, причина преждевременных родов очень часто остаётся неустановленной (70% невыясненных причин по данным Леви, 30%—по данным Кравец, Коган). Это тормозит правильную организацию профилак-

тических мероприятий. Однако при внимательном и умелом опросе женщины в ряде случаев удаётся выявить один или несколько факторов, которые способствовали преждевременному наступлению родов.

В период войны процент преждевременных родов обычно повышается вследствие ряда предрасполагающих факторов.

По данным отделения для недоношенных детей Центрального педиатрического института Наркомздрава СССР, наиболее частыми причинами преждевременных родов являются острые инфекции (тифы, дизентерия, пневмония, грипп и т. д.), хронические инфекции (сифилис, малярия, туберкулёз), многоплодная беременность и аборт.

Из острых инфекций грипп наиболее часто встречается в анамнезе женщин, родивших преждевременно. Высокая контагиозность гриппа и недостаточная чёткость профилактических мероприятий увеличивают опасность гриппа для беременных во время эпидемических вспышек. Установлено, что в анамнезе женщин, родивших преждевременно, грипп встречается в четыре раза чаще, чем у женщин, родивших доношенных детей.

Из хронических инфекций серьёзное значение имеет сифилис, который, по данным французских авторов, является частой причиной преждевременных родов.

Кроме сифилиса, большое значение имеет малярия и туберкулёз.

Опасность всех острых и хронических заболеваний у беременных, помимо того, что они могут вызывать преждевременные роды, заключается главным образом в том, что дети рождаются при этом не только недоношенными, но часто маложизнеспособными и больными.

В 20—25% случаев причиной преждевременных родов является многоплодная беременность (двойни и тройни).

Очень часто причиной преждевременных родов являются аборт. По данным клиники для недоношенных детей Центрального педиатрического института Наркомздрава СССР, повторные аборт установлены у 50% женщин, родивших преждевременно, а закономерное повышение частоты преждевременных родов при увеличении числа абортов в анамнезе женщин (Елисеев, Каплан) делает эти данные особенно убедительными. Большую роль здесь, по-видимому, играют воспалительные процессы женской половой сферы, возникающие при повторных абортах. После декрета о запрещении абортов процент преждевременных родов снизился.

Наступлению преждевременных родов способствуют физические и психические травмы. Но обычно травмы являются

лишь поводом, а не основной причиной преждевременных родов. При более тщательном опросе и исследовании обычно удаётся установить заболевание беременной (болезнь почек, болезнь сердца или инфекцию). Общеизвестно влияние также эклампсии и заболевания почек.

Органические и особенно функциональные заболевания сердца играют важную роль в этиологии недонашиваемости. При наличии явлений субкомпенсации сердца в виде отёков, сердечбиений, головокружений, головных болей и т. д. необходимо немедленное врачебное вмешательство.

Интоксикация организма солями тяжёлых металлов, вредными газами и другими химическими веществами опасна для беременной и может вызвать преждевременные роды. Причиной преждевременных родов может быть также аномалия плода и плаценты.

Роль эндокринной системы в этиологии недонашиваемости, в частности, роль щитовидной и половых желез, сравнительно хорошо изучена в экспериментах на животных. Связь преждевременных родов с глубокими изменениями эндокринной системы установлена также у беременных женщин. Успешные результаты, получаемые от применения тиреоидина при повторных преждевременных родах, подтверждают эти наблюдения. Значительное число преждевременных родов с невыясненной этиологией некоторые склонны с известным основанием относить за счёт дисфункции эндокринной системы.

Большое значение для правильного течения беременности имеет фактор питания. Качественно неполноценное питание и отсутствие витаминов в пище беременной женщины нарушают нормальное течение беременности; к тому же установлено, что потребность беременной в витамине С повышена. Поэтому в период войны питанию беременных должно быть уделено большое внимание. Нормализация питания беременных в этих условиях является серьёзной задачей женских консультаций.

Очень часто преждевременные роды как всякий сложный биологический процесс являются следствием совокупности причин (например, аборт и болезнь почек, грипп и болезнь сердца, грипп и недочёты в питании и т. п.). Поэтому неправильно связывать преждевременные роды всегда с какой-либо одной причиной.

Частота преждевременных родов не является стабильной величиной и колеблется в довольно широких пределах в зависимости от ряда факторов (см. этиологию недонашиваемости).

Повышение материального и культурного уровня населения, проведение оздоровительной и санитарно-просветительной работы среди населения, освобождение беременной женщины от работы способствуют снижению процента преждевременных родов в нашей стране.

Процент преждевременных родов в разных странах¹

Страна	%	Автор
Франция	15—16	Pinard, Budin
Румыния	15	Zlobodriani
Италия	13	Salvati
Швейцария	13	Hottinger
Германия	10—11	Schoedel, Rott
Норвегия	7	Sunde
СССР	7—5	Фогель, Стукс, Вольфсон, Ивенская

СМЕРТНОСТЬ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Активная борьба со смертностью недоношенных детей тесно связана с изучением проблемы недонашиваемости и особенностей недоношенных детей. Часто эти дети умирают в первые месяцы жизни, когда резко выражены симптомы общего недоразвития. Но особенно высока смертность недоношенных детей в первые дни жизни: она составляет 70—80% всей смертности в родильном доме.

Для эффективной борьбы со смертностью недоношенных детей необходимо выявить основные причины её. При этом обнаруживается расхождение между клиническими и анатомическими диагнозами. Согласно клиническим данным, наиболее частой причиной смерти недоношенных детей является врождённая слабость вследствие преждевременного рождения. Данные вскрытия указывают на большую частоту родовых травм, воспаление лёгких и сепсиса. Это расхождение между клиническими и патологоанатомическими диагнозами

¹ Все приведенные цифры относятся к довоенному времени.

является следствием недостаточного знакомства врачей с клиникой различных заболеваний недоношенных детей.

Смертность недоношенных детей зависит от следующих факторов:

1. Вес при рождении. Чем ниже вес при рождении, тем обычно выше смертность.

Смертность недоношенных детей в зависимости от веса (в процентах¹)

Вес в г	Nobe-court	Иппое	Marfan	Кравец
Ниже 1 000	100,0	94,4	100,0	82,8
От 1 000 до 1 500	64,0	48,0	30,0	39,6
» 1 500 » 2 000	41,2	23,1	14,9	17,0
» 2 000 » 2 500	29,0	14,9	6,5	9,4

В клинике для недоношенных детей Центрального научно-исследовательского института ОММ в Москве смертность недоношенных детей закономерно снижается во всех группах (в процентах):

Годы \ Вес в г	От 1 000 до 1 500	От 1 500 до 2 000	От 2 000 до 2 500
1927—1929	41,3	20,0	12,3
1935—1937	35,4	17,2	10,1
1938—1940	23,4	20,0	3,4

2. Степень недоношенности. Чем больше недоношены дети, тем сильнее выражены симптомы недоразвитости и тем выше смертность среди них. Широко распространённое мнение, что дети, родившиеся на 8-м месяце, менее жизнеспособны, чем дети, родившиеся на 7-м месяце, лишено основания.

¹ Цифры эти можно сравнивать лишь с оговоркой, так как они собраны на разном материале и в различное время. Данные автора охватывают работу отделения для недоношенных детей Центрального института ОММ за 1924—1940 гг.

3. Причина, вызвавшая преждевременные роды. Смертность среди детей, преждевременное рождение которых обусловлено острым или хроническим инфекционным заболеванием матери, значительно выше, нежели в тех случаях, когда преждевременные роды вызваны травмой или многоплодной беременностью.

4. Качество акушерской помощи и оперативного вмешательства. Повышение качества акушерской помощи при преждевременных родах и сокращение показаний к оперативному вмешательству снижают частоту родовых травм и процент смертности детей.

5. Качество ухода в первые дни после рождения в родильном доме и после выписки в домашних условиях.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, УХОД И ВСКАРМЛИВАНИЕ

Особенности недоношенных детей

При определении недоношенности следует учитывать вес, рост и внешний вид ребёнка, данные о сроке беременности и особенности поведения ребёнка в первые дни жизни. Для статистических целей обычно ограничиваются данными веса и роста, но для проведения мероприятий как в быту, так и в клинике необходимо учитывать и другие данные.

Вес, рост, внешний вид. Недоношенными считаются дети с весом при рождении от 1 000 до 2 500 г. Однако при индивидуальном обследовании ребёнка нередко встречаются дети с весом выше 2 500 г, которые по сроку беременности и по некоторым другим особенностям могут быть причислены к недоношенным. Наряду с этим нередко среди детей с весом при рождении ниже 2 500 г встречаются и вполне доношенные дети. Нижней границей жизнеспособности считается вес в 1 000 г. Однако эта граница веса всё же не является стабильной. По мере углубления наших знаний в этой области нижняя граница, несомненно, будет снижаться.

Рост недоношенного ребёнка обычно не выше 45 см. Кожа дряблая, морщинистая, легко собирается в складку; подкожножировой слой развит очень слабо или совсем отсутствует. Обильный пушок покрывает всё тело, главным образом конечности и лицо.

Ушные хрящи недоразвиты, ушные раковины мягки, часто асимметричны и деформированы. Голос тонкий, пискливый, резко отличается от громкого крика доношенного ребёнка.

Большие половые губы у девочек недоразвиты, вследствие чего половая щель зияет и резко выступают малые губы. У мальчиков из-за высокого стояния яичек мошонка пустая. Пупочное кольцо расположено в нижнем квадранте живота.

Размеры головы значительно превосходят размеры грудной клетки, шея тонкая. У доношенных же детей из-за короткой шеи голова как бы сидит непосредственно на плечах.

Волосы на голове у недоношенных детей хорошо развиты. Ногти тонкие. Некоторые считают одним из наиболее постоянных признаков недоношенности отсутствие ногтей. Однако это неверно. Обычно недоразвитие ногтей встречается лишь у недоношенных детей с врождённым сифилисом.

Ошибочным признаком является также мягкость черепных костей. Кости черепа у недоношенных детей при рождении достаточно плотны и обычно заходят одна на другую, как и у доношенного ребёнка.

Кроме перечисленных признаков, при более длительном наблюдении недоношенного ребёнка обращают на себя внимание непрерывные подёргивания мимических мышц лица «гримасничание», довольно резко выраженные даже во время глубокого сна. Необходимо отметить, что в первое время недоношенные дети пребывают в состоянии глубокой спячки, из которой их очень трудно вывести. Широкие, размашистые движения конечностями во время коротких периодов бодрствования дополняют внешнее впечатление при наблюдении свободно лежащего недоношенного ребёнка.

Данные анамнеза о сроке беременности имеют значение лишь на фоне вышеперечисленных внешних признаков недоношенного ребёнка. Руководствоваться только данными анамнеза нельзя, так как до настоящего времени нам неизвестна точно длительность беременности. В ряде случаев трудно бывает установить также начало беременности. Нередки случаи, когда данные анамнеза матери противоречат данным объективного исследования ребёнка; например, ребёнок очень низкого веса и малого роста, а рождён в срок, т. е. доношен. Во всех спорных случаях следует руководствоваться данными объективного исследования ребёнка. Если поведение ребёнка, его крик, сосательная способность, температура тела соответствуют показателям доношенного ребёнка, то мы имеем дело с так называемым «гипопластиком». Если же ребёнок по своему поведению резко отличается от доношенного, то мы имеем дело либо с ошибкой в определении срока беременности, либо с больной матерью; очевидно условия внутриутробного существования для ребёнка были плохие, вследствие чего он не достиг к концу беременности нормального разви-

тия. Такой ребёнок расценивается, вопреки данным анамнеза, как недоношенный.

Все недоношенные дети отличаются особенностями поведения, они дают своеобразную реакцию на раздражения со стороны внешнего мира, которая является следствием их общего недоразвития и в первую очередь незрелости центральной и периферической нервной системы. Чтобы ускорить их созревание, необходимо создать недоношенным детям в первые месяцы жизни особую обстановку, окружить их особым уходом. При правильной организации внешней среды с момента рождения, при умелом уходе и вскармливании недоношенные дети быстро догоняют в развитии доношенных детей.

Знание основных особенностей недоношенных детей, индивидуальный подход к каждому из них, умение объективно оценить все данные, полученные на основании опроса матери и исследования ребёнка, являются основным требованием к врачу.

Особенности терморегуляции и способы согревания

У всех недоношенных детей первого месяца жизни отмечается недоразвитие терморегуляции. Недоношенный ребёнок ведёт себя обычно в первые дни после рождения, какпой-килотермное животное. Температура его тела быстро снижается и так же быстро повышается в зависимости от температуры окружающей среды. Колебания температуры тела в $5-6^{\circ}$ могут быть легко вызваны у недоношенного ребёнка путём изменения температуры внешней среды. Об этой особенности недоношенных детей необходимо помнить. Так называемая «анархия температуры», описанная французскими авторами, резкие «немотивированные» подъёмы температуры, так называемая «жулезная» лихорадка, по современным данным, являются результатом неумелого, неправильного регулирования температуры, окружающей ребёнка. Лабильность температуры тела недоношенного ребёнка зависит главным образом от недоразвития центральной и периферической нервной системы, а также гормональной системы и отсутствия равновесия между теплопродукцией и теплоотдачей. При этом большую роль, конечно, играет и «закон поверхностей» — большая поверхность теплоотдачи по сравнению с массой тела, слабое развитие подкожножирового слоя и недостаточная интенсивность окислительных процессов.

Высокая смертность недоношенных детей в значительной степени обусловлена неумелым согреванием их с момента рождения. Помимо травмы центральной нервной системы, которую очень часто получает недоношенный ребёнок во время

родов, он подвергается действию резких колебаний температуры: 37° в утробе матери, $18-20^{\circ}$ в родильном доме. При недоразвитии регуляторных механизмов это резкое охлаждение часто сильно отражается на состоянии ребёнка. Поэтому немедленно после рождения ребёнка нужно завернуть в предварительно нагретые стерильные пелёнки и согреть с помощью грелки, электрической печки или рефлектора. Лишь после того как ребёнок будет достаточно согрет, о чём можно судить, измерив у него температуру, приступают к первому туалету. Ввиду того, что этот процесс может способствовать охлаждению ребёнка, он должен быть проведён с максимальной чёткостью и быстротой. Всё, что необходимо для первого туалета, должно быть наготове. Общий осмотр ребёнка, удаление слизи и крови, взвешивание, измерение, туалет пуповины и, наконец, завертывание ребёнка— всё должно быть сделано в кратчайший срок.

В зависимости от веса и степени недоношенности ребёнка помещают либо в кувезу, либо в кроватку, где его обкладывают грелками и укрывают одеялом. Грелки кладут с обеих сторон, а также к ногам. Во избежание ожогов, которые легко могут возникнуть при протекании грелки (температура воды в грелке 70°), не следует класть ребёнка на грелку. Ребёнка завертывают в байковое одеяло, обкладывают грелками и поверх укрывают шерстяным, ватным или сложенным в несколько раз байковым одеялом.

В крупных родильных домах следует отвести для недоношенных детей отдельную, более утеплённую палату (температура не менее $20-24^{\circ}$ при условии достаточного проветривания) или же выделить для них часть комнаты. В комнате, где находятся дети, желательно регулировать влажность воздуха. Относительная влажность должна быть равна 65% . Рекомендуемая некоторыми авторами высокая температура в палате, где находятся недоношенные дети ($28-30-32^{\circ}$), является излишней и при недостаточном увлажнении способствует большой потере веса в первые дни жизни. При любой температуре необходимо систематически проветривать помещение. Длительность и частота проветривания зависят от внешней температуры, размеров помещения, загруженности его и т. д.

Большая потеря веса у ребёнка в родильном доме, частота асфиктических припадков и склерем указывают на ряд дефектов в уходе, в частности, на недостаточное согревание детей. Это влечёт за собой повышение смертности недоношенных детей в родильном доме или же в первые дни после выписки из него.

Недоношенным детям рекомендуется надевать кофточку-

капюшон (кофточка с пришитым к ней чепчиком и защитными рукавами). Кофточка-капюшон даёт возможность хорошо укутать ребёнка, оставляя открытым только лицо. Детям с очень низким весом рекомендуется для утепления головки класть под чепчик слой ваты; слоем ваты следует обернуть и ножки, фиксируя её бинтом в виде валенок. Для недоношенных детей необходимо иметь тёплое бельё: фланелевые пелёнки, байковые, фланелевые или шерстяные одеяла. Резиновая или металлическая прелка и кувеза типа Креде—необходимая принадлежность каждого родильного дома (рис. 1 и 2).

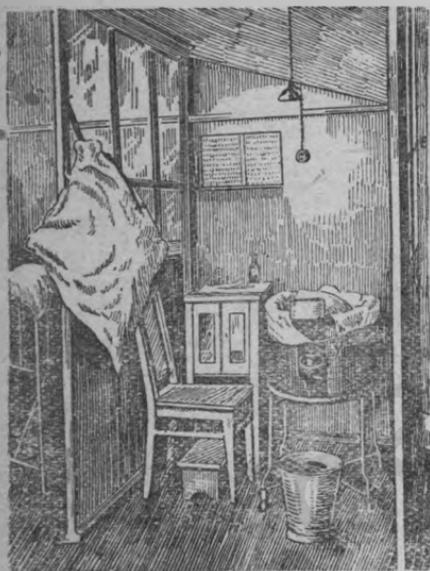


Рис. 1. Ванночка-грелка Креде. Общий вид бокса в клинике для недоношенных детей ЦНИ ОММ в Москве.



Рис. 2. Ребенок в грелке Креде.

вать 30—33°. Такая температура является оптимальной для недоношенных детей в тот период, когда они самостоятельно ещё согреваться не способны.

Большого внимания требует и ежедневный туалет ребёнка в родильном доме, так как при неумелом проведении возможно охлаждение ребёнка.

Важным моментом является доставка ребёнка домой. Обычно ребёнку надевают ту одежду, которую родные приносят из дому. Одежда часто бывает неподходящей, и известны случаи, когда ребёнок, выписанный в удовлетворительном состоянии из родильного дома, погибает в первые дни после выписки в результате охлаждения по пути.

Выписка из родильного дома должна производиться под наблюдением врача-педиатра, старшей сестры детского отделения или палатной сестры. Родных нужно своевременно проинструктировать о том, какую одежду принести для ребёнка (достаточное количество тёплых вещей и грелку). Надо уметь одеть ребёнка, положить к ногам под ватное одеяло тёплую грелку. Это особенно важно в холодное время года и по отношению к детям, родители которых живут на далёком расстоянии от родильного дома.

В специальном согревании недоношенный ребёнок нуждается главным образом в течение первого месяца жизни. Обычно к концу первого—началу второго месяца организм ребёнка приспособляется, сохраняя нормальную температуру тела. В домашней обстановке нередко создают слишком высокую температуру вокруг ребёнка. Избыточное согревание вызывает и у него температуру до 40° и даже 41°. Это скверно влияет на состояние ребёнка, ослабляет его и делает восприимчивым к различным заболеваниям. Поэтому очень важно постепенно и своевременно снимать с ребёнка дополнительную одежду и грелки. Вначале снимают конверт, затем перестают заворачивать ребёнка в тёплое одеяло, снимают грелки, кофточку-капюшон и надевают ему обычную распашонку и тёплую кофточку, оставляя головку непокрытой. Всё это обычно приурочивается к концу первого—началу второго месяца жизни.

Естественно, что чем выше вес ребёнка при рождении, чем меньше он недоношен, тем быстрее устанавливается у него нормальная температура тела.

Особенности дыхания

Общее недоразвитие недоношенных детей, в частности, недоразвитие центральной нервной системы, сказывается и на дыхании. Как правило, у недоношенных детей первых недель жизни отмечаются длительные остановки дыхания, значительные колебания в амплитуде и ритме (см. пневмограммы, рис. 3 и 4).

Основную роль в возникновении расстройства дыхания играет своеобразное анатомическое строение грудной клетки у недоношенных детей, горизонтальный ход рёбер, высокое стояние диафрагмы, вялость мускулатуры и узость всей дыхательной трубки, наряду с высоким порогом раздражимости дыхательного центра. Дыхание у них преимущественно диафрагмального типа. Повышенная склонность к вздутию кишечника, особенно резко выраженная при дефектах вскарм-

ливания, ограничивающая движения диафрагмы, способствует также нарушению дыхания.

Интересный феномен выявлен при изучении особенностей дыхания недоношенных детей в клинике Центрального педиатрического института Наркомздрава СССР: во время сосания эти дети задерживают дыхание, вследствие чего получают периодические его остановки (рис. 5).

Все эти нарушения вызывают обеднение организма кислородом и задержку в нём углекислоты. Поэтому необходимо обратить серьёзное внимание на сохранение равновесия в газообмене недоношенных детей, на профилактику расстройств дыхания и асфиксии, особенно легко возникающих во время кормления.

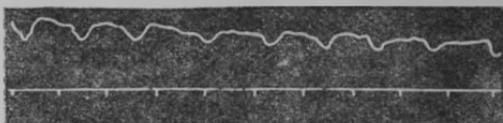


Рис. 3. Дыхание недоношенного ребенка в первые недели жизни.

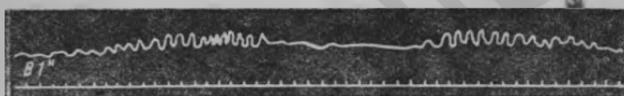


Рис. 4. Чейн-стоксовский тип дыхания у недоношенного ребенка в первые недели жизни.

Ввиду своеобразного строения грудной клетки и органов дыхания необходимо прежде всего придать недоношенному ребёнку такое положение в кровати, которое обеспечивало бы свободные движения диафрагмы, т. е. необходимо

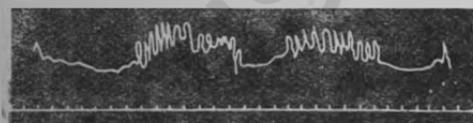


Рис. 5. Периодические остановки дыхания во время сосания.

высокое изголовье. Под головку нужно положить одну или даже две маленькие подушки, желательно волосяные или из морской травы. Принимая во внимание тесную связь между

деятельностью лёгких и сердца, надо поддерживать сердечную деятельность введением 0,9% раствора кофеина по $\frac{1}{2}$ или 1 чайной ложке несколько раз в день (*Sol. Coffeini natrio-benzoici* 0,9% по 1 чайной ложке 2—3 раза или по $\frac{1}{2}$ чайной ложки 4—6 раз в день с первого дня рождения в течение 3—4 недель).

В родильном доме, стационаре для недоношенных детей, доме младенца желательно давать всем недоношенным детям

в первые 2—3 недели жизни небольшое количество кислорода (по 5—10 секунд до и после каждого кормления и при всевозможных манипуляциях с ребёнком) (рис. 6). Давать кислород в связи с кормлением важно потому, что кормление, как видно из приведённой пневмограммы, является серьёзной нагрузкой для недоношенного ребёнка, легко нарушающей газообмен. Все указанные мероприятия должны носить профилактический характер. Они легко выполнимы в любых условиях



Рис. 6. Дача кислорода

и служат верной гарантией против могущей возникнуть асфиксии, которая даёт высокую смертность. Желательно, чтобы во всех учреждениях, обслуживающих недоношенных детей, была всегда наготове подушка с кислородом.

В домашних условиях асфиксия, требующая очень быстрой и квалифицированной помощи, которую обычно трудно оказать ребёнку дома, является грозным

симптомом. Ребёнка следует немедленно развернуть, сделать искусственное дыхание по методу Сильвестра и массаж сердца. Желательно вдыхание кислорода и инъекция 10% кофеина по 0,2 см³ под кожу.

Вскармливание недоношенных детей

Вскармливание недоношенных детей является одним из наиболее трудных и важных моментов. Рассматривая вопрос о вскармливании недоношенных детей, мы считаем целесообразным выделить следующие разделы: частота кормления, техника кормления, калорийность пищи и качественная ценность пищи.

Общая слабость недоношенных детей, отсутствие у них сосательного рефлекса, повышенная склонность к срыгиванию и рвоте говорят как будто о необходимости часто кормить этих детей, и действительно, на практике широко распространено 10—16-разовое кормление. Обычно чем ниже вес ребёнка, тем чаще его кормят, доходя нередко до 20 кормлений в сутки. Однако, такое частое кормление лишает ребёнка покоя, без которого невозможно его правильное развитие. Следствием частого кормления ребёнка является нередко прогрессирующее истощение.

Ребёнок К. Вес при рождении 2300 г, недоношен один месяц. Причина недоношенности—какое-то инфекционное заболевание матери в последние месяцы беременности. В родильном доме и в дальнейшем дома его прикладывали к груди вначале через 2 часа, а затем через 1½ часа и через 1 час. Ночного перерыва не соблюдали. В возрасте 23 дней он был принят в клинику. Вес в этом возрасте упал до 1670 г. Ребёнок крайне истощён, кожа собирается в стоячую складку, подкожный жировой слой отсутствует. Со стороны внутренних органов начинающаяся левосторонняя пневмония, очень глухие тоны сердца. Ребёнок поступил с диагнозом врожденной слабости и пневмонии. В клинике ребёнку

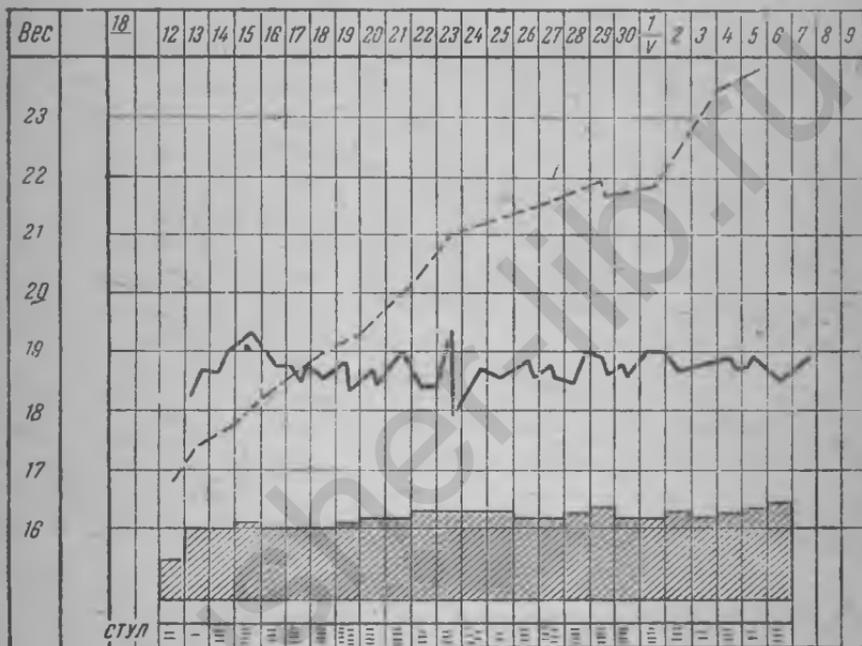


Рис. 7. Потеря веса под влиянием неумелого ухода и вскармливания и последующее нарастание веса в клинике.

назначено семидневное кормление грудью матери и докармливание сцеженным молоком + плазмой. Калорийность на 1 кг веса 120—125. С первых же дней вес стал очень быстро нарастать, и за 3 недели ребёнок прибавил 700 г. В это же время он перенёс воспаление лёгких. Всё это свидетельствует о хорошей реактивности организма ребёнка и явно противоречит диагнозу «Врожденная слабость» (рис. 7).

Ребёнок М. Родился с весом 2500 г, однако недоношен один месяц. Причина недоношенности, по видимому, аборт. В родильном доме и дома его прикладывали к груди через 2 часа, а затем ввиду продолжающегося падения веса—через час. В возрасте 29 дней принят в клинику. Вес при поступлении 1800 г. Ребёнок сильно истощён. На шее слева под нижней челюстью флюктуирующая опухоль величиной с голубиное яйцо. При поступлении диагноз—врожденная слабость и множит

Опухоль была немедленно вскрыта. Оказалось нагноение подчелюстной слюнной железы.

Назначено семиразовое кормление грудью матери и докармливание сцеженным грудным молоком, калорийность на 1 кг веса 115—130. С первых же дней ребёнок стал быстро нарастать в весе, прибавив за 15 дней 600 г (рис. 8).

Оба эти случая свидетельствуют с достаточной очевидностью о неправильности поставленного диагноза «врождённая слабость». Дети были доведены до истощения неправильным режимом, частым кормлением и хроническим недоеданием.

Назначение достаточного количества пищи, соблюдение обычного режима дало хороший результат. На основании многочисленных наблюдений в клинике для недоношенных детей Центрального педиатрического института установлено, что для сохранения жизни ребёнка и для хорошего нарастания веса наиболее целесообразным является семиразовое кормление. Естественно, что недоношенный ребёнок не может

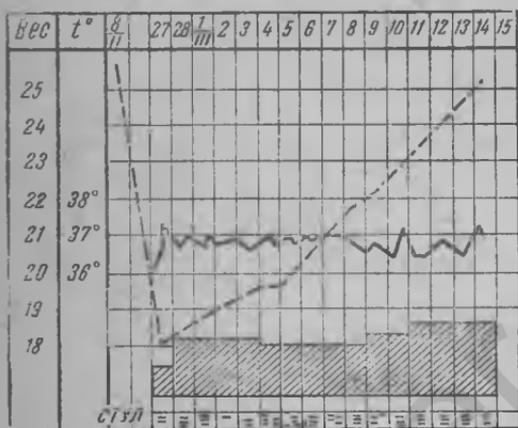


Рис. 8. Потеря веса под влиянием неумелого ухода и вскармливания и последующее нарастание веса в клинике.

самостоятельно высосать всё необходимое ему количество пищи. Поэтому после кормления грудью ребёнка нужно докармливать сцеженным грудным молоком. В учреждении (родильный дом, дом младенца и др.) легко определить количество полученного ребёнком молока путём взвешивания его до и после кормления. Когда ребёнок находится дома, предлагают матери два-три кормления в течение дня проводить в консультации, если позволяет обстановка в консультации и состояние матери и ребёнка. При таких контрольных взвешиваниях удаётся установить, что, почти как правило, ребёнок высасывает самостоятельно лишь около половины необходимого ему количества пищи. Поэтому, если нельзя проверить сосательную способность ребёнка, можно назначить докармливание ребёнка сцеженным грудным молоком в количестве, равном половине разовой порции. Пример: ребёнок весит 2 000 г, суточное количество его пищи равно, следова-

тельно, 400 г ($\frac{1}{5}$ веса), т. е. при 7 кормлениях он получает 60 г в одно кормление. В этом случае ребёнку после каждого кормления надо в течение первых 2—3 недель давать 20—30 г сцеженного молока. Обычно при правильном уходе и вскармливании дети очень быстро начинают активно сосать, и докармливание можно тогда прекратить.

Нарастание веса является наилучшим объективным показателем правильности всех назначений.

Особого внимания требует техника кормления. Недоношенные дети обычно либо совсем не сосут самостоятельно, либо сосут вяло и быстро устают. Некоторые дети не глотают. Поэтому молоко им нужно вводить с помощью зонда (зондом служит катетер № 13—15, соединенный стеклянной трубочкой с воронкой, рис. 9)



Рис. 9. Кормление через зонд.

Зонд вводят через рот. Техника очень проста, так как у этих детей рвотный рефлекс ещё отсутствует. Вводить зонд через нос опасно вследствие узости носовых ходов у недоношенных детей и тонкости слизистой оболочки. Введение зонда через нос может повлечь за собой ранение слизистой оболочки и приступы асфиксии.

Введение пищи через зонд—наиболее рациональный метод кормления недоношенных детей. На процесс кормления затрачивается при этом не больше 5 минут. Кроме того, избавление недоношенного ребёнка от такой трудной, изнурительной для него работы, как сосание, благоприятно отражается на его развитии и, следовательно, на нарастании его веса.

Во избежание осложнений при кормлении через зонд необходимо соблюдать следующие правила.

Вводить зонд ребёнку, когда он находится в спокойном состоянии. Если ребёнок кричит, беспокоен, вводить зонд нельзя.

До и после введения зонда нужно давать в течение 5—10 секунд дышать кислородом для сохранения равновесия в газообмене.

Вводить зонд только через рот.

При соблюдении этих правил повторное введение зонда не вызывает никаких осложнений.

Признавая все преимущества этого метода кормления, всё же надо отметить, что значение его ограничено, так как он может быть рекомендован лишь в стационарах. В домашних условиях надо прибегать к другим методам.

В тех случаях, когда ребёнок не сосёт и не глотает, ему вводят пищу пипеткой через нос. Техника этого метода кормления проста, и любая мать может освоить его в короткий срок. Наливают молоко в чистый стаканчик или рюмку, ставят в тёплую воду и обыкновенной глазной пипеткой пускают молоко по каплям у самых носовых отверстий. Током воздуха молоко вытягивается и по задней стенке глотки стекает в пищевод. Обычно дети через несколько дней становятся более активными, у них появляется глотательный рефлекс, и тогда можно уже вводить молоко в рот с ложечки или из соски, а при появлении сосательного рефлекса ребёнка прикладывают к груди; до появления этого рефлекса от прикладывания к груди надо воздержаться. В этом периоде рекомендуется кормить ребёнка сцеженным грудным молоком.

При появлении сосательного рефлекса первое время надо кормить ребёнка через накладку. Это переходная фаза к самостоятельному, активному сосанию. Молоко сцеживают в накладку, а из накладки ребёнок сосёт уже самостоятельно. Он затрачивает на это меньше усилий и в то же время получает молоко непосредственно из груди. Однако необходимо помнить, что даже при наличии у ребёнка сосательных движений он нередко сосёт впустую. Поэтому докармливание ребёнка сцеженным грудным молоком в течение первого месяца жизни является обязательным. К этому времени налаживается лактация у матери и она может своим молоком покрыть потребность ребёнка в пище.

Особого внимания требуют дети с низким весом при рождении (ниже 1 500 г); они нуждаются в пребывании в стационаре. Первые недели жизни их необходимо кормить через 2½ и даже через 2 часа. В домашних условиях желательно давать им регулярно кислород, обеспечив их заботливым уходом. Всем недоношенным детям в первый месяц жизни рекомендуется для уменьшения потери воды организмом вводить жидкость в виде физиологического раствора с глюкозой по 30,0—50,0 в сутки (*Glucosae 10,0. Sol. physiologicae 100,0*).

В Америке с этой целью детей помещают в условия кондиционированного воздуха¹.

¹ Регулирование температуры, вентиляция и влажности воздуха в помещении.

Введение солевых растворов способствует задержке в организме воды и увеличению веса. Жидкость можно вводить либо между кормлениями, если ребёнок беспокоен, либо во время ночного перерыва.

Трёхчасовые интервалы между кормлениями обоснованы физиологически. Из литературы известно, что ферментативная способность желудка у недоношенных детей в первые месяцы жизни несколько снижена. При сниженной ферментативной способности обычно наблюдается и замедленная эвакуаторная функция желудка. Поэтому пища (грудное молоко) задерживается в желудке недоношенного ребёнка не меньше $2\frac{1}{2}$ часов. Известно также, что длительность пребывания пищи в желудке не зависит от величины разовой порции; следовательно, при частом кормлении даже небольшими количествами молока происходит переполнение желудка. Этим, повидимому, и объясняются упорные срыгивания и рвота, которые так часто наблюдаются у недоношенных детей.

Таким образом, частое кормление ведёт к нарушению физиологии пищеварения и истощению ребёнка.

Обычно дело кончается тем, что к двум месяцам жизни приходится переводить детей, доведённых до тяжёлой степени гипотрофии, на смешанное или даже искусственное вскармливание. Опасность таких мероприятий для недоношенных детей очень велика.

Трёхчасовые интервалы между кормлениями благоприятно отражаются и на матери, которая в первое время после родов нуждается в покое. Частое же кормление лишает мать сна, приводит её к истощению, уменьшению количества молока.

При рождении двойни назначают кормление 7 раз в сутки. Первое время у матери нехватает молока и детей приходится докармливать сцеженным грудным молоком другой женщины. При правильно организованном сцеживании в родильном доме всегда имеется достаточное количество сцеженного грудного молока. Желательно, чтобы и после выписки мать получала из родильного дома в течение некоторого времени сцеженное грудное молоко. В дальнейшем лактация у матери налаживается и она сама кормит обоих детей. В тех же случаях, когда молока мало, можно либо снабжать мать первые два месяца сцеженным молоком со сливного пункта детской консультации, либо перевести детей на смешанное вскармливание, назначив сначала пахтанье, а к двум месяцам В-рис или В-овёс ($\frac{1}{3}$ отвара + $\frac{2}{3}$ молока). Первые два месяца лучше назначать искусственную смесь небольшими порциями в комбинации с грудным молоком.

Многие авторы считают, что вследствие быстрых темпов

роста недоношенные дети нуждаются в большом суточном количестве пищи (160—180 калорий на 1 кг веса). Другие же, напротив, придерживаются мнения, что вследствие малоподвижности, общей слабости и сниженной ферментативной способности пищеварительных органов недоношенные дети удовлетворяются меньшим количеством пищи (70—90 калорий на 1 кг веса). Наши наблюдения показывают, что при правильной технике кормления, соблюдении достаточных интервалов между кормлениями и тщательном согревании недоношенные дети хорошо развиваются при 110—130 калориях на 1 кг веса; таким образом, суточное количество пищи соответствует $\frac{1}{5}$ веса ребёнка, то же количество назначают в первые месяцы жизни и грудному ребёнку.

Большое количество пищи вызывает усиленное срыгивание и упорную рвоту, к которой вообще склонны недоношенные дети.

Чрезвычайно важной для правильного развития недоношенных детей является дозировка пищи, своевременное увеличение количества и изменение качества пищи.

Нередки случаи, когда после родов у матери молока ещё мало и ребёнок недоедает. Падение веса и ухудшение общего состояния ребёнка являются сигналом для вмешательства. Для проверки и принятия последующих мероприятий в консультации определяют количество высосанного ребёнком молока путём взвешивания его до и после кормления. В этих случаях ребёнка докармливают сцеженным грудным молоком либо небольшими количествами пахтанья (с 3—5% сахара, 1—2% муки). Обычно ребёнок нуждается в таком докармливании лишь очень короткое время. При правильном режиме количество молока у матери быстро увеличивается, и докармливание тогда отменяют. Добавление пахтанья является нередко показанным и с качественной стороны (увеличение количества белка, углеводов и солей):

Наиболее подходящей пищей для недоношенного ребёнка является грудное молоко. Всякие суррогаты и искусственные смеси ими плохо усваиваются; поэтому в первые месяцы жизни недоношенного ребёнка нужно обеспечить грудным молоком и лишь после $1\frac{1}{2}$ —2 месяцев можно в исключительных случаях назначать смешанное вскармливание. Но смесь дают не в виде самостоятельного кормления, а в комбинации с грудным молоком, например, 50 г смеси или пахтанья назначают не в один приём, а в 3—4 приёма. Нет нужды назначать при этом сильно разведённые смеси. При указанном выше методе кормления недоношенный ребёнок уже в $1\frac{1}{2}$ —2 месяца хорошо усваивает № 3 В-рис или В-овёс.

Если ребёнок хорошо развивается, то рано вводить различные дополнительные ингредиенты пищи нет надобности. Но бывают случаи, когда на грудном молоке ребёнок развивается плохо, не даёт правильного нарастания веса. Это обычно наблюдается у сильно недоношенных детей. Недостаточное нарастание веса удаётся установить на третьей декаде жизни или к концу первого месяца, и в это время целесообразно назначить пищу, богатую белком или белком и углеводами (плазмон, творог или пахтанье с сахаром и мукой).

Плазмон—фабричный препарат коровьего молока, содержащий около 80% белка, хорошо усваивается самыми маленькими детьми. Дозировка плазмона—1—2% суточного количества пищи. Способ приготовления: точно взвешенное количество плазмона разводят в грудном молоке 1:10 и кипятят несколько минут на медленном огне, постоянно помешивая. Полученную кашеобразную массу прибавляют по 10—15 г к грудному молоку 2—3 раза в сутки. Расчёт ведётся следующим образом: допустим, ребёнок получает в сутки 400 г молока; ему, следовательно, назначают 1%, т. е. 4 г плазмона, который разводят в 40 г сцеженного грудного молока и прибавляют по 10 г к четырём кормлениям. В сухом виде плазмон не портится при длительном хранении и очень удобен для точной дозировки. Он никогда не даёт неприятных побочных явлений, хорошо усваивается.

Ребёнок 3. Вес при рождении 2 000 г, недоношен 1½ месяца. Причина недоношенности неизвестна. Принят в клинику в возрасте 13 дней с весом 1 700 г. Назначено семиразовое кормление грудью+сцеженное молоко, к концу месяца прибавлен 1% плазмона. Калорийность на 1 кг веса 115—125. За месяц прибавил 820 г.

До сих пор плазмон не получил широкого распространения ввиду отсутствия его в продаже.

Более доступным продуктом является творог. Дети хорошо усваивают его и хорошо прибавляют в весе. Творога дают вдвое больше, чем плазмона, принимая во внимание высокое содержание в нём воды (до 50%). Способ применения: самоквашенный или сычужный творог протирают два раза через мелкое сито, разводят в десятикратном количестве грудного молока и прибавляют небольшими порциями к основной пище. Творог в противоположность плазмону быстро портится, поэтому его можно применять в домашней обстановке при условии правильного приготовления и хранения и лишь в холодное время года. Вследствие быстрой порчи творог непригоден для массового потребления.

Наиболее подходящей смесью является пахтанье (с 1—2% муки, 3—5% сахара). Пахтанье хорошо усваивается недоношенными детьми, они прекрасно прибавляют в весе, так как

пахтанье содержит белок, соли и углеводы—всё, что необходимо организму для правильного развития. Пахтанье также желательно вначале назначать в комбинации с трудным молоком (по 10—20 г два-три раза). Согласно наблюдениям клиники для недоношенных детей Центрального педиатрического института, пища, богатая белком, в первые месяцы жизни даёт несравненно лучшие результаты, чем пища, богатая углеводами.

Ребёнок К. Вес при рождении 1700 г, недоношен 2 месяца. Причина недоношенности—эндокардит, от которого мать умерла на 8-й день после родов. В возрасте 7 дней с весом 1400 г принят в клинику для

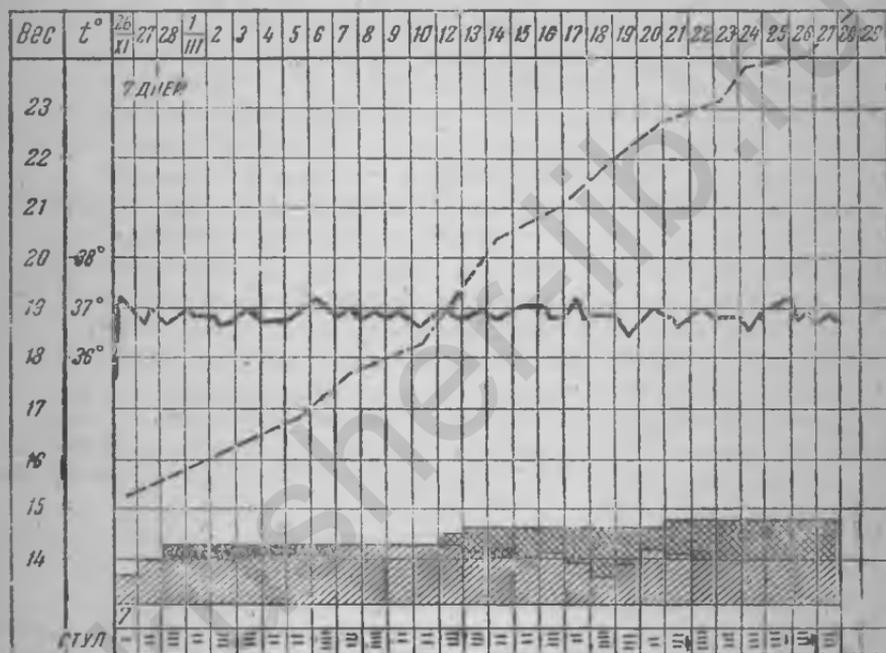


Рис. 10. Ребенок К. Кривая веса на семиразовом кормлении.

недоношенных детей. Назначено семиразовое кормление сцеженным грудным молоком + пахтанье небольшими количествами (по 10 г) три раза. Общее суточное количество пищи равнялось $\frac{1}{3}$ веса, калорийность на 1 кг веса 120. На втором месяце стал получать одно кормление пахтаньем, в $1\frac{1}{2}$ месяца пахтанье заменено В-рис. В течение месяца прибавил 730 г (рис. 10).

Ввиду некоторых особенностей обмена недоношенных детей желательно назначать им прикорм несколько раньше обычного. С 4—4 $\frac{1}{2}$ месяцев можно ввести 5% кашу, а с 5—5 $\frac{1}{2}$ месяцев фруктовый кисель. Но при этом обязательное усло-

вие—вводить прикорм очень маленькими порциями, не отменяя грудного кормления: каша назначается по 10—20 г (2—4 чайные ложки) два—три раза как добавление к грудному молоку. Этот же принцип остаётся в силе при назначении любой новой пищи недоношенному ребёнку.

К 6 месяцам можно одно кормление грудью заменить кашей и киселём. К этому времени ребёнок получает уже 5 кормлений в сутки—через каждые 4 часа днём и 8-часовой перерыв ночью. Переход на шестиразовое кормление может быть приурочен к трём месяцам, а на пятиразовое—к 5 месяцам. Овощное пюре на мясном бульоне начинают вводить в 6 месяцев, мясное пюре—в 7 месяцев. В 6—7 месяцев можно также ввести яичный желток, более густую кашу (8%), масло, сухари. В летнее время желательно при переходе на цельное молоко назначать кислые смеси—кефир, простоквашу. Отнимать ребёнка от груди в летний период запрещается.

Резюмируя основные принципы вскармливания недоношенных детей, отметим следующее:

1. Для эффективности вскармливания необходимо обратить серьёзное внимание на технику его. Учитывая общую слабость и недоразвитость недоношенного ребёнка, следует освободить его от необходимости самостоятельно сосать. В стационарах это достигается кормлением через зонд, а в домашней обстановке—докармливанием сцеженным грудным молоком из пипетки и с ложечки.

2. Недоношенному ребёнку необходимо создать условия, облегчающие переваривание и усвоение пищи. Это достигается соблюдением трёхчасовых промежутков между отдельными кормлениями и шестичасового ночного перерыва.

3. Суточное количество пищи должно равняться $\frac{1}{5}$ веса, калорийность 110—130 на 1 кг веса. Избыточное количество пищи обычно приводит к рвоте и срыгиванию.

4. Дети с очень низким весом при рождении нуждаются в первое время в дополнительном введении белков или углеводов. Этого достигают, прибавляя в течение короткого времени (2—3 недели) к грудному молоку белковые препараты или пахтанье.

5. При переходе на смешанное вскармливание необходимо первое время назначать маленькие количества смеси повторно два-три раза в день вместе с грудным молоком.

6. Прикорм недоношенным детям надо назначать несколько раньше (с 4—4½ месяцев), не отменяя грудного кормления.

7. С 6 месяцев необходимо вводить овощные и фруктовые блюда.

Витамин С в виде экстрактов или натуральных овощных, фруктовых или ягодных соков следует давать недоно-

шенных детям с месячного возраста. Начинать можно с 1 чайной ложки, увеличивая его количество каждые 5—6 дней так, чтобы к двум месяцам ребёнок получал 25—30 г сока или 1 чайную ложку экстракта.

Мнение, будто соки могут вызвать диспептические явления—рвоту или понос, ни на чём не обосновано. Диспептические явления возникают лишь в результате применения перебродивших или загрязнённых соков. Поэтому нельзя готовить сок впрок и давать его на следующий день. Руки перед приготовлением сока надо тщательно мыть с мылом. Посуду и марлю для процеживания сока перед употреблением прокипятить. Кислые соки подслащивать сахарным сиропом, а не сахарным песком (сахарный сироп готовят сразу на несколько дней путём кипячения сахара с небольшим количеством воды).

Давать сок можно между кормлениями, если ребёнок проснулся, или после кормления.

Экстракты нужно разводить в воде, добавляя по вкусу сахарного сиропа:

При соблюдении всех этих условий введение сока никогда не вызывает диспептических явлений.

Можно вводить аскорбиновую кислоту 0,025—0,04 в сутки.

Уход за грудной железой

Частым осложнением при преждевременных родах является недостаточная лактационная функция грудных желез.

Систематическое сцеживание после каждого кормления, наряду с правильным режимом матери, является наилучшим мероприятием для быстрого налаживания лактации. Во избежание трещин сосков сцеживать надо руками, так как молокоотсосы обычно травмируют нежную кожу соска.

Особенно легко возникают осложнения со стороны груди и сосков при частом кормлении, неправильном уходе за грудью и недостаточном соблюдении основных правил гигиены. Обмывать сосок перед каждым кормлением не следует. Это вызывает мацерацию кожи, трещины и при снижении реактивности организма матери может повлечь за собой воспаление грудной железы (мастит).

Вполне достаточно утром вымыть грудь тёплой водой с мылом и осушить чистым полотенцем. Как бельё, так и полотенце желательно часто менять. Бывают случаи, когда при рождении слабого недоношенного ребёнка и большом количестве молока у матери вместо того, чтобы регулярно сцеживать молоко, забинтовывают грудь матери. Педиатры родильных домов должны всячески бороться с такого рода вредными и опасными для жизни ребёнка мероприятиями. При соблюде-

нии основных правил гигиены (чисто вымытые грудь и руки, чистое бельё) сцеживание никогда не вызывает осложнений. Трещины сосков, маститы возникают обычно в результате несоблюдения правил гигиены и мацерации кожи соска частым обмыванием и частым прикладыванием к груди. Прямым следствием неправильного ухода за грудной железой в ряде случаев является также ранний переход на смешанное и искусственное вскармливание. Наблюдения, проводившиеся в течение ряда лет в клинике для недоношенных детей, показали, что как при однократном обмывании груди утром тёплой водой с мылом, так и при повторных обмываниях соска перед каждым кормлением бактериальная загрязнённость кожи соска одинакова. Как в том, так и в другом случае обнаруживаются стафилококки и сарцины. Частота же трещин и маститов значительно меньше при однократном обмывании груди.

Уход за пуповиной

Наиболее ответственным и трудным является уход за недоношенным ребёнком в первый месяц жизни, когда ярче всего выражена недоразвитость всех функций его организма. В этом периоде должно быть также уделено серьёзное внимание уходу за пуповиной и пупочной ранкой.



Рис. 11. Фартучек Флика.

Процесс мумификации и отпадения пуповины у недоношенных детей обычно несколько затягивается. Пуповина редко отпадает на 5—7-й день, как у доношенного ребёнка. Обычно это происходит на 2-й неделе жизни, а изредка даже на 20—25-й день. Чем ниже вес ребёнка и чем больше он недоношен, тем позже отпадает пуповина. На уходе за пуповиной должно быть фиксировано внимание врачей родильного дома и детской консультации, но назначать для этого частое посещение консультации не следует. Нужно обучить мать, как делать ежедневную перевязку. На пуповину кладут стерильную сухую салфетку из марли. Вместо бинта, который часто сползает, намокает при мочеиспускании и раздражает нежную кожу ребёнка, можно пользоваться фартучками Флика (рис. 11).

Четырёхугольный кусочек стирной материи, размером 6×6 см, обшит кругом тесьмой, к нему пришивают две пары тесёмок для фиксации фартучка вокруг тела и одну длинную тесьму, которая перекидывается через одно плечо, идёт сзади по шее, спускается через другое плечо и фиксируется к верхней горизонтальной тесёмке. Эти фартучки сокращают расходование перевязочного материала в родильном доме и в детской консультации. Большим преимуществом их является также то, что они устраняют раздражение кожи ребёнка мокрым бинтом. Фартучки эти стирают и либо стерилизуют, либо проглаживают горячим утюгом. Для смены нужно иметь 4—6 таких фартучка.

После отпадения пуповины ранку прижигают иодом и кладут стерильную марлевую салфетку. В тех случаях, когда после отпадения пуповины пупочная ранка мокнет, слегка нагнаивается, её ежедневно промывают перекисью водорода, прижигают иодом и кладут стерильную салфетку со стерильным маслом. При таком лечении пупочная ранка обычно быстро заживает. Назначать для перевязки пупка ежедневное посещение консультации, как это обычно делают, даже при наличии фунгуса не следует. Многократно прижигать ляписом пупочную ранку не рекомендуется, так как это вызывает воспаление и задерживает заживление. При правильном уходе отпадение пуповины и заживление пупочной ранки протекает обычно без всяких осложнений.

Гигиенический режим

Недоношенный ребёнок, как и все дети раннего возраста, нуждается для правильного роста и развития в соответствующем гигиеническом режиме.

После отпадения пуповины недоношенного ребёнка купают ежедневно или через день независимо от его веса. Тёплая ванна необходима ребёнку не только для содержания в чистоте его тела, но и для улучшения процесса дыхания и кровообращения.

Если у ребёнка резко выражены симптомы общего недоразвития, его купают в более тёплой воде (39—40°), а после купанья надевают на него предварительно согретое бельё. Все нужные для купанья предметы и бельё должны быть под рукой, чтобы не подвергать ребёнка охлаждению. Постепенно температуру воды можно снижать до 37°.

Лишение недоношенного ребёнка ванны в первые месяцы жизни из боязни охладить его является вредным пережитком и нарушением основных правил гигиены.

Обязательным условием для правильного роста и развития недоношенного ребёнка является также регулярная прогулка и проветривание помещения. В тёплое время года окна можно держать открытыми в течение всего дня. В зимнее время проветривать комнату можно и в присутствии ребёнка, отставив его кроватку подальше от окна и укрыв его более тщательно:



Рис. 12. Прогулка на воздухе.

Первую прогулку зимой в средней полосе Советского Союза проводят при температуре воздуха не ниже -10° , при тихой, безветренной погоде. Прогулки рекомендуется начинать с 10—20 минут, постепенно увеличивая их длительность. Надо помнить, что лучше выносить ребёнка два раза в день, чем гулять долго в один приём. Первое время желательно во время прогулки класть к ногам грелку и одевать ребёнка в тёплую, но лёгкую одежду (рис. 12). На воздухе ребёнок должен спокойно спать, конечности его при возвращении должны быть тёплыми. Если ребёнок на воздухе бледнеет или синеет,

если он беспокоен, его немедленно вносят в помещение и стараются выяснить причину этих явлений. В тёплое время можно начать выносить ребёнка на прогулку с трёх недель и дольше держать его на воздухе. В жаркие дни ребёнка легко одевают и держат в тени, чтобы предохранить от действия прямых солнечных лучей. Слишком тёплая одежда и пребывание на солнце скверно отражаются на состоянии ребёнка и нередко влекут за собой серьёзные заболевания.

ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Развитие недоношенных детей в течение первого года жизни несколько отличается по сравнению с детьми, рождёнными в срок.

Физиологическая потеря веса у недоношенных детей более значительна и восстановление веса происходит обычно медленнее. Высокая потеря веса в родильном доме, доходящая часто до 20% первоначального веса, является следствием неправильного согревания и вскармливания и недостаточного введения жидкости. Зная особенности недоношенного ребёнка, необходимо путём профилактических мероприятий и правильной организации среды препятствовать этой потере веса.

Недоношенные дети удваивают свой вес между вторым и третьим месяцем, утраивают или учетверяют его к 6 месяцам и шестикратно увеличивают его к году. Таким образом, большинство недоношенных детей к году догоняют своих сверстников, родившихся в срок. Однако тех детей, которые при приведённых показателях всё же не достигают нормального веса вследствие очень низкого веса при рождении, отнюдь не следует причислять к гипотрофикам. При определении гипотрофии у недоношенного ребёнка необходимо учитывать не только его настоящий вес, но и вес при рождении. Средняя месячная прибавка веса в первые месяцы жизни равна 600—800 г с постепенным снижением её в последующие месяцы, т. е. показатели нарастания веса такие же, как и у доношенных детей. Если ребёнок прибавляет в весе лишь 200—300 г в месяц, это ведёт к гипотрофии, которая широко ещё распространена среди недоношенных детей вследствие неправильного ухода и вскармливания.

Необходимо отметить, что нарастание веса у недоношенных детей происходит одинаково интенсивно во всех весовых группах. Мнение, что дети с низким весом при рождении хуже прибавляют в весе, хуже развиваются, не соответствует действительности.

Рост ребёнка увеличивается на 2—4 см в месяц, в среднем на 30—40 см в год.

По своему психическому развитию недоношенные дети не отличаются от доношенных. Широко распространённое в неко-



Рис. 13. Ребенок Г. в возрасте 5 лет. Вес при рождении 1 200 г.



Рис. 14. Ребенок X. в возрасте 1 г. 1 м. Вес при рождении 1 150 г.

торых странах мнение о психической отсталости и неполноценности недоношенных детей является явно тенденциозным и противоречит фактам.

Развитие нервной системы в первые месяцы после рождения происходит у недоношенных детей согласно тем же закономерностям, которые установлены для доношенных детей этого возраста.

В дальнейшем ребёнок ничем абсолютно не отличается от всех детей своего возраста.

При правильном воспитании развитие двигательных умений и развитие речи происходит в нормальные сроки.

Таким образом, недоношенные дети при правильной организации их жизни с первого дня после рождения и своевременно проведённых профилактических мероприятий быстро догоняют доношенных детей как в отношении физического, так и психического развития (рис. 13—15).



Рис. 15. Ребенок Б. в возрасте 10 $\frac{1}{2}$ м.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Реактивность организма недоношенных детей

Общее недоразвитие организма недоношенного ребёнка проявляется не только в своеобразии его поведения, но и в особенностях реакции организма на внедрение инфекции.

При поверхностном подходе и недостаточном знакомстве с недоношенными детьми трудно своевременно распознать болезнь. Этим и объясняется распространённое мнение, что большинство заболеваний протекает у недоношенных детей бессимптомно, а также большая частота ошибочных диагнозов (расхождение между клиническими и анатомическими диагнозами) и широко применяемый диагноз врождённой слабости как единственной причины смерти.

Между тем при современном состоянии наших знаний можно в большинстве случаев точно и своевременно диагностировать заболевание, и в этом отношении недоношенные дети не могут быть на особом положении по сравнению со всеми детьми раннего возраста.

При поражении центральной нервной системы (травма, инфекция) у недоношенных детей обычно не бывает судорог. Инфекционный процесс у них часто не сопровождается повышением температуры; так, например, менингит, пневмония, сепсис могут протекать при нормальной температуре. При пневмонии отсутствует характерный пневмонический кашель и стонущая одышка—наиболее постоянные и характерные симптомы воспаления лёгких у доношенных детей и взрослых.

Клинические наблюдения показывают, что заболевания у недоношенных детей обычно носят общий, а не местный характер. Бактерицидные, гемолитические и антитоксические свойства крови у них снижены по сравнению с доношенными детьми (Гаммерштейн). При гнойных процессах образование фибрина происходит у них вяло (Ильпе), хотя изменения периферической крови при внедрении инфекции носят обычно такой же характер, как у доношенных детей (высокий лейкоцитоз, увеличение числа сегментоядерных, палочковидных и молодых форм, значительное ускорение реакции оседания эритроцитов).

Если учесть общую лабильность организма недоношенного ребёнка, сниженную реактивность его, надо особенно энергично проводить профилактику и раннее лечение заболеваний.

Из профилактических средств наиболее эффективными являются внутримышечные введения цитратной или свежей крови матери или отца, по 5 см³ 3—5 раз через день. В большинстве случаев это вызывает улучшение аппетита, повышение

веса. Гемотерапия даёт очень хорошие результаты при различных заболеваниях, но в самой начальной стадии или в продромальном периоде. Простота техники делает гемотерапию очень ценным методом в работе консультаций и амбулаторий.

Хорошие результаты даёт иногда применение гормональных препаратов (пролан, фолликулин, травидан и т. д.), сыворотки или крови беременных на восьмом-девятом месяце. Но в ряде случаев гормональная терапия оказывается безрезультатной, поэтому она и не получила широкого распространения. Возможно, что плюригландулярная терапия была бы более эффективна. Указанные препараты следует вводить под кожу по 0,2—0,3 см³ через день в течение 2—3 недель.

Кровоизлияния в мозг

На основании секционных данных установлено, что кровоизлияние в мозг—наиболее частая причина ранней смертности недоношенных детей. Это объясняется своеобразным строением у них кровеносных сосудов. Вследствие слабого развития эластической ткани сосудистая стенка недостаточно прочна, и сосуды под влиянием родовых схваток легко рвутся. Кроме того, необходимо учесть, что акт родов является для недоношенного ребёнка сильной травмой, так как головка ребёнка прорезывается через неподготовленные ещё родовые пути. Кости черепа к моменту родов обычно не успевают ещё срастись, и при конфигурации головки повреждаются в первую очередь те сосуды, которые ведут в *sinus longitudinalis*. Это наиболее частая локализация кровоизлияния. Нередко обнаруживаются кровоизлияния и на основании мозга, и в области мозжечка, реже в желудочки и в вещество мозга.

Несмотря на большую частоту кровоизлияний в мозг, клинический диагноз их труден, так как характерные симптомы, которые обычно наблюдаются при этом у доношенных детей, либо отсутствуют, либо могут быть следствием не кровоизлияния, а общего недоразвития.

Так, при кровоизлиянии у недоношенных детей судорог обычно не бывает, между тем как у доношенных детей это один из наиболее частых симптомов. Что касается других признаков, как расстройство сосания и глотания, приступы асфиксии, то они у недоношенных детей могут быть следствием их общего недоразвития.

Однако при всех трудностях в большом числе случаев диагноз кровоизлияния в мозг можно поставить своевременно. Для этого приходится учитывать не только клинические симптомы, но и анамнестические данные—анамнез родов.

Сухие роды, быстрые или затяжные роды, а также оперативное вмешательство во время родового акта способствуют возникновению кровоизлияний в мозг.

Клинические проявления этого вида травмы в настоящее время выявлены недостаточно. Однако имеется ряд симптомов, которые позволяют заподозрить кровоизлияние в мозг. Интенсивная желтуха, повторные приступы асфиксии, отсутствие глотательного и сосательного рефлексов при относительно хорошем весе, повторная рвота и большая потеря веса в первые дни жизни— всё это указывает на наличие родовой травмы.

Не все дети с кровоизлиянием в мозг погибают в первые дни жизни, большая часть их выживает. Об этом свидетельствуют следы старых кровоизлияний у детей, умерших от инфекций в течение первых месяцев жизни, а также развивающиеся церебральные параличи (симптомокомплекс Литтля).

Обширные кровоизлияния вызывают иногда протеиновую аутоинтоксикацию организма и смерть на второй-третьей неделе жизни при явлениях нарастающего токсикоза асептического характера вследствие всасывания белков крови (наблюдения клиники для недоношенных детей Центрального педиатрического института НКЗдрава СССР).

Лечение заключается в следующем. Ребёнку назначают полный покой, сердечные внутрь или под кожу в зависимости от показаний, кислород, достаточное согревание. Таких детей нельзя прикладывать к груди, их надо кормить в кроватке с помощью зонда или пипетки, потому что обычно они не сосут и плохо глотают.

Хороший результат даёт гемотерапия (5 см³ цитратной крови 3—5 раз внутримышечно).

Ребёнок Ш. Родился с весом 2100 г, недоношен 1½ месяца. Причина недоношенности—порок сердца с явлениями субкомпенсации у матери и аборт.

Роды затяжные, ребенок родился в асфиксии. В первые дни жизни приступы асфиксии повторялись. После выписки из родильного дома отмечается тяжёлый цианоз после приёма пищи. По поводу повторных приступов асфиксии ребёнок был помещён в клинику в возрасте 8 дней. Вес был 1800 г. Во время приёма снова приступ асфиксии. Принимая во внимание анамнез (затяжные роды), повторные приступы асфиксии, довольно интенсивную желтуху, плохую сосательную способность, диагностировано, несмотря на относительно хороший вес при рождении, кровоизлияние в мозг. Назначен тщательный уход, согревание, кормление через зонд, кислород и сердечные. В клинике приступы асфиксии прекратились, но осталась общая вялость и плохое нарастание веса. После гемотерапии ребенок стал активно сосать и прибавлять в весе. За 20 дней он прибавил 600 г (рис. 16).

Ребёнок У. Родился с весом 1500 г, недоношен 2½ месяца. Причина недоношенности—аборт, психическая травма и грипп у матери за несколько дней до родов. Роды затяжные—искусственный разрыв пузыря. Родился в асфиксии и в последующие дни отмечались повторные

приступы в родильном доме, вследствие чего в возрасте 4 дней был переведен в клинику для недоношенных детей. Вес 1200 г. В первые дни отмечается интенсивная желтуха, отсутствие сосательного и глотательного рефлексов и изредка цианоз. Вес продолжает снижаться. Клинический диагноз — кровоизлияние в мозг. Ввиду тяжёлого состояния назначена гемотерапия (5 см³ крови 3 раза внутримышечно). Уже после второй инъекции ребёнок стал глотать. После третьей инъекции ребёнок начал сосать и очень хорошо нарастать в весе, прибавив за две

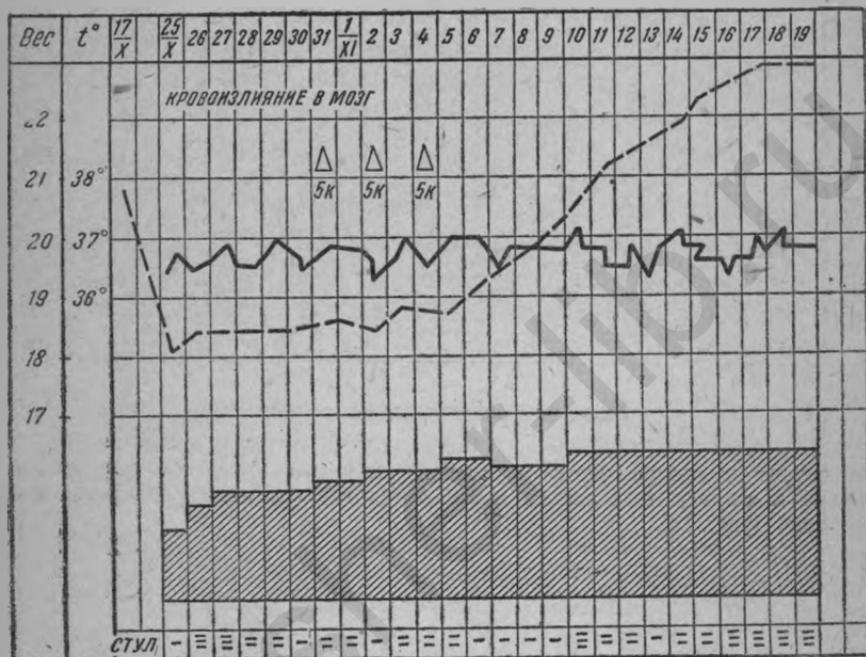


Рис. 16.

недели 500 г. К году обнаружен небольшой парез левой ноги, который подтверждает правильность диагноза. В остальном ребёнок хорошо развит, ничем не отличаясь от нормально рожденных (рис. 17).

Ребёнок Г. Родился с весом 1800 г, недоношен 2 месяца. В клинику поступил в возрасте 13 дней с весом 1700 г. В первые дни после поступления отмечается резкая вялость, отсутствие сосательного рефлекса, интенсивная желтуха и плохое нарастание веса. На четвертой неделе жизни несколько оправился, стал активней сосать и понемногу прибавлять в весе. К концу первого месяца заболел гриппом, заразившись от матери.

Грипп дал бурную картину заболевания с резкими явлениями токсикоза (падение веса, высокая температура, повторная рвота, понос). Изменение в кормлении (обезжиренное грудное молоко после шестичасовой голодной паузы) и медикаментозная терапия эффекта не дали, гемотерапия тоже была безрезультатна. При отоскопии обнаружено не-

значительное помутнение барабанных перепонок. Однако после парацетеза гной не выделялся.

Ребёнок погиб на четвёртый день болезни при явлениях нарастающего токсикоза и резкого падения веса. На секции—двусторонний гной-

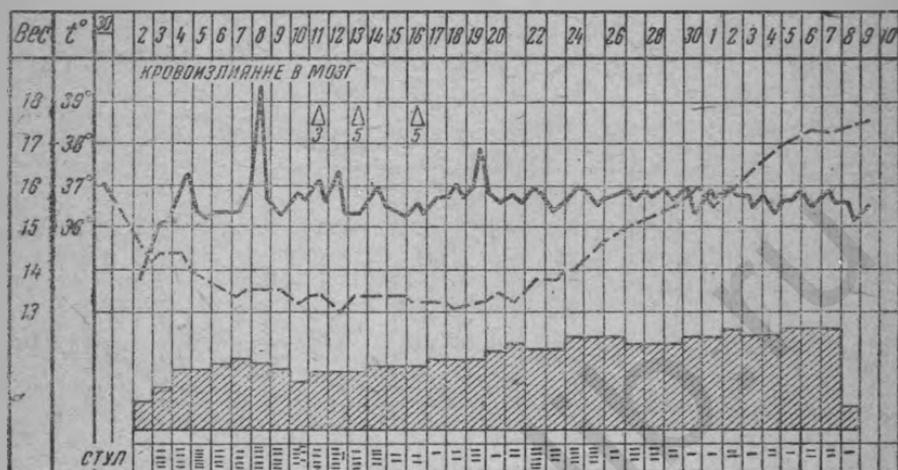


Рис. 17. Кровоизлияние в мозг.

ный абсцесс и кровоизлияние в мозг. Густой гной заполнял все ячейки антрума и не мог выделиться через отверстие, сделанное в барабанной перепонке (рис. 18).

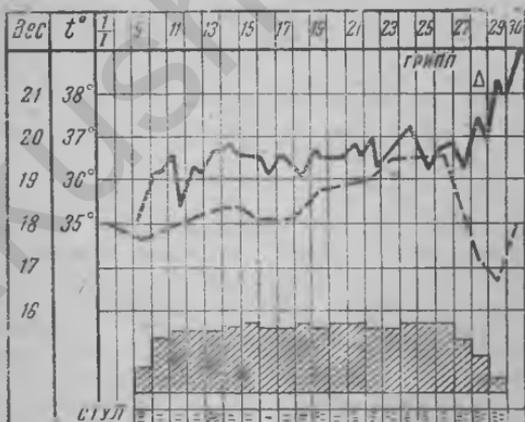


Рис. 18. Кровоизлияние в мозг.

Наблюдения в клинике недоношенных детей показали, что у детей с кровоизлияниями в мозг тяжело протекает всякая инфекция, в частности, грипп. Грипп осложняется у них обыч-

но воспалением ушей или воспалением лёгких и ведёт к летальному исходу.

Итак, кровоизлияния в мозг являются непосредственной причиной ранней смертности недоношенных детей—в первые дни жизни. Кровоизлияния повышают смертность детей и от инфекции, повидимому, вследствие снижения реактивности организма. Отдалённым последствием кровоизлияния является болезнь Литтля—тяжёлое органическое поражение центральной нервной системы. Поэтому профилактике кровоизлияния в мозг должно быть уделено серьёзное внимание.

Зная, какую опасность таят для недоношенных детей даже самые лёгкие инфекции, необходимо детей, у которых заподозрено кровоизлияние в мозг, оберегать от инфекции, изолируя их от возможного контакта.

В результате родовой травмы наблюдаются кровоизлияния и в другие органы—лёгкие, печень, желудок, почки, надпочечники и т. д. Клинический диагноз этих кровоизлияний очень труден, и они обычно устанавливаются лишь на вскрытии.

Склерема

Склерема, или склередема,—своеобразное уплотнение кожи и подлежащих тканей. Первоначально это уплотнение появляется на нижних конечностях и лобке, и лишь при ухудшении процесса оно распространяется на верхние конечности и на лицо. В этих случаях прогноз плохой. Диагноз склеремы не труден. Обычно склерематозные конечности холодны наощупь, ткани уплотнены и окраска кожи бледная или слегка цианотичная.

Сущность процесса до сих пор не изучена. Склерематозные уплотнения тканей обычно возникают вследствие дефектов в уходе, главным образом вследствие недостаточного согревания детей.

Большинство авторов считает, что уплотнение жировой клетчатки у недоношенных детей возникает легче потому, что их жир содержит меньше олеиновой кислоты и больше пальмитиновой и стеариновых кислот. Менее распространённым является взгляд о роли «высыхания»—потери воды организмом: потеря веса при недостаточном созревании способствует склерематозному уплотнению тканей. И, наконец, существует мнение, что склерематозное уплотнение тканей связано с изменением протоплазмы клетки и этим объясняются их появление в агональном периоде у детей с токсикозом.

При раннем и энергичном лечении склерема обычно быстро проходит. Рекомендуются горячие ванны 40—41° с массажем уплотнённых конечностей. Продолжительность ванны 8—10

минут, причём всё время подливают горячую воду. Горячая ванна показана даже в тех случаях, когда у ребёнка ещё не отпала пуловина.

Так как склерема сопровождается падением сердечной деятельности, необходимо назначать сердечные средства внутрь или под кожу. Хороший результат дают внутримышечные инъекции цитратной крови (5 см³ два-три раза через день) или 10% глюкозы (10—20 см³).

Детей со склеремой надо очень тщательно согревать. Желательно поместить их в кувету, если она имеется, или в кроватку, обложив кругом грелками. Помимо обычного количества грудного молока, эти дети нуждаются в дополнительном введении внутрь солевых растворов с глюкозой (до 40—50 см³ в сутки). При больших потерях веса показано введение под кожу 70—80 см физиологического раствора с глюкозой (*Glucosae* 10,0, *Sol. physiologicae* 100,0).

Склерематозное уплотнение тканей у детей с признаками токсикоза появляется обычно в агональном периоде. Заболевание оканчивается летально.

Асфиксия

Недоношенные дети в первые дни, а иногда в течение первого месяца жизни склонны к расстройствам дыхания, которые могут закончиться асфиктическим припадком¹.

При асфиксии происходит остановка дыхания, что сопровождается более или менее интенсивной цианотичной окраской кожи, падением сердечной деятельности, исчезновением рефлексов. Распознать асфиксию легко. О патогенезе асфиксии высказывается ряд гипотез. Одни авторы считают, что перекорм, переполнение желудка влечёт за собой асфиксию (Генри), другие, напротив, считают, что возникновению асфиксии способствует недокорм (Буден), третьи связывают асфиксию с актом глотания (Бирк). Некоторые объясняют возникновение асфиктических приступов кровоизлиянием в мозг. Наконец, ряд авторов считает первопричиной недоразвитие центральной нервной системы (Финкельштейн).

Изучение физиологии дыхания показало лабильность дыхательных функций у недоношенных детей. У них наблюдаются все типы патологического дыхания, являющегося следствием недоразвития центральной нервной системы и, в частности, дыхательного центра. Поэтому все те процессы, которые вызывают обычно учащение дыхания, могут вызвать у

¹ Речь идёт о вторичной асфиксии, а не о первичной асфиксии новорожденных.

недоношенного ребёнка остановку его. Этим объясняется асфиксия, часто наступающая в связи с кормлением ребёнка, особенно если оно проводится неправильно.

Мы не считаем асфиксию самостоятельной нозологической единицей. Асфиксия—это симптом, который может быть вызван самыми разнообразными факторами. Недостаточное согревание, перекорм или голодание, неправильное положение в кроватке и все вообще дефекты в уходе, падение сердечной деятельности, кровоизлияние в мозг.— всё это может вызвать расстройство дыхания и асфиксию. При такой трактовке отпадает необходимость спорить о патогенезе асфиксии и роли при этом отдельных факторов.

Асфиксия—очень тяжёлое состояние, нередко заканчивающееся летально либо во время приступа, если не удаётся восстановить дыхание, либо от вызванного ею воспаления лёгких.

При асфиксии необходимо оказать ребёнку немедленную помощь. Наиболее радикальным является искусственное дыхание по методу Сильвестра (метод Шульце запрещён ввиду возможного кровоизлияния), массаж области сердца, введение кислорода либо во время спорадических вдохов, либо в желудок через зонд, сердечные—под кожу. Сменные ванны недоношенному ребёнку противопоказаны. Для быстрого согревания ребёнка и для возбуждения у него дыхания можно делать лишь горячую ванну. Применяются также медикаментозные средства для возбуждения дыхательного центра, лобелина (0,5—1%). При асфиксии функционального характера лобелин даёт очень быстрый эффект. Появляются дыхательные движения, кожа розовеет, улучшается сердечная деятельность.

Профилактика повторных асфиктических приступов—одно из основных условий эффективной борьбы за жизнь недоношенных детей. Современное состояние наших знаний позволяет предупреждать асфиксию даже у самых маленьких недоношенных детей.

Грипп

Грипп—очень распространённое и тяжёлое заболевание для недоношенных детей. Источником инфекции являются обычно окружающие взрослые.

Клинические проявления гриппа у недоношенных детей весьма разнообразны. Наиболее распространённой является так называемая катарральная форма, которая характеризуется воспалительными явлениями со стороны носоглотки и верхних дыхательных путей—насморк, гиперемия зева, хрипы в

лёгких. Температурной реакции нет, или она слабо выражена (37,2—37,5°). Кашель отсутствует. Кривая веса немного уплощается или задерживается на одном уровне. При отсутствии осложнений болезнь длится 5—8 дней. Это наиболее легко протекающая форма гриппа.

Довольно часто к катарральным явлениям со стороны верхних дыхательных путей присоединяются парэнтеральные явления: учащение стула, срыгивание, иногда рвота. В этих случаях сильно страдает и общее состояние ребёнка—кожа бледнеет, тургор ухудшается, вес падает, аппетит снижается. Температурная реакция выражена сильнее, доходя до 38°. Осложнения в виде пневмонии и отита встречаются при этой форме гриппа чаще и летальность поэтому выше, чем при катарральной форме. Мы назвали эту форму гриппа смешанной.

Ребёнок X-ва. Вес при рождении 2100 г, недоношен 2 месяца. В отделение принят в возрасте 17 дней с весом 1700 г (потеря 400 г). При поступлении отмечается грипп смешанной формы: стул учащённый, жидковатый, гиперемия зева, сильный насморк со слизисто-гнойным отделяемым, много грубых влажных хрипов в лёгких, приглушённые тоны сердца, плохой аппетит и частые срыгивания. Температура нормальная. Вес ребёнка первые 5—6 дней не изменялся. Ввиду неудовлетворительного состояния назначены внутримышечно инъекции цитратной крови матери три раза через день по 5 см³, горячие ванны, внутрь 1/2% кофеин, кислород и правильное согревание. Ребёнок находился на семиразовом кормлении грудью и докармливался сцеженным грудным молоком. В общей сложности ребёнок болел около 10 дней (рис. 19).

Однако не всегда грипп носит такой благоприятный характер. Иногда он вызывает явления тяжёлого токсикоза и эксикоза. Токсическая форма гриппа обычно развивается у недоношенных детей с наличием кровоизлияния в мозг или же у детей, болеющих гриппом повторно в течение короткого периода времени. На первый план здесь выступают явления общего токсикоза и эксикоза с тяжёлым поражением центральной нервной системы, иногда наблюдается высокая, неправильного типа температура.

Болезнь развивается бурно и, почти как правило, через 2—3 дня заканчивается летально. Ребёнок производит впечатление тяжело больного. Кожа бледна, с сероватым оттенком, тургор плохой. В некоторых случаях превалирует сопорозное состояние, сопровождающееся резкими вскрикиваниями, иногда бросается в глаза резкое двигательное возбуждение ребёнка, изредка он стонет. Вес неуклонно падает, стул жидкий, частый, повторная рвота, аппетит сильно снижен. На вскрытии обычно устанавливают гнойный отит и одно- или двусторонний антрит, нередко воспаление лёгких и в 1/3 случаев кровоизлияние в мозг (рис. 19).

Ребёнок О. Родился с весом 2100 г, недоношен 1 1/2 месяца. В клинику принят в возрасте 1 месяца 7 дней с весом 1900 г в состоянии рез-

кого истощения и с припозными явлениями. Ребёнок переведен на семиразовое кормление, получал $\frac{1}{2}\%$ раствор кофеина внутрь и горячие ванны. С первых же дней он стал хорошо прибавлять в весе и быстро справился с триппом.

К концу второй недели пребывания в клинике ребёнок снова заболел триппом, который на этот раз дал бурную картину. Он сопровождался резким токсикозом и эксикозом, высокой, неправильного типа температурой, поносом, рвотой и поражением центральной нервной системы. Был назначен голод в течение 8 часов, кормление дробными дозами (по 10 см^3) обезжиренного грудного молока 10 раз в сутки и введение рингеровского раствора с 10% глюкозой внутрь и под кожу, инъекция 7 см^3 материнской крови три раза.

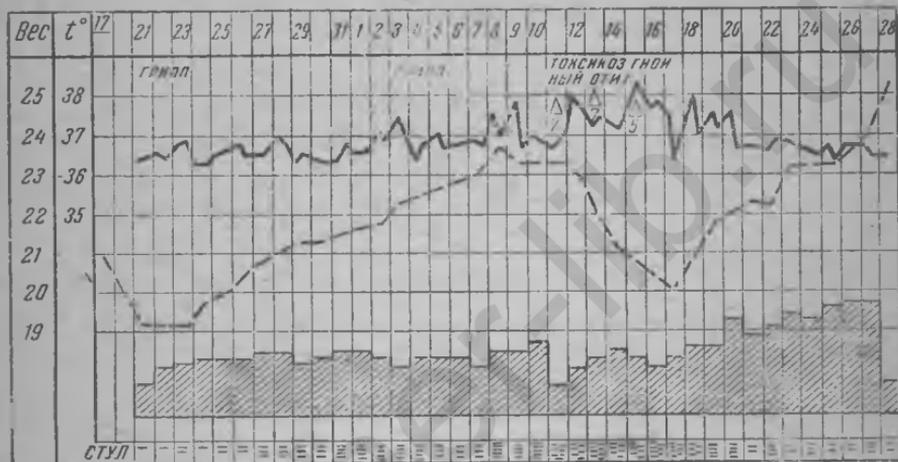


Рис. 19. Грипп токсической формы.

Болезнь на третий день осложнилась двусторонним гнойным отитом. За 5 дней ребёнок потерял около 400 г, однако на седьмой день он стал поправляться, появился аппетит, исчезла рвота, стул стал реже, но температура ещё некоторое время оставалась повышенной. Вес стал довольно быстро нарастать. К 20-му дню болезни ребёнок поправился и восстановил свой вес. Это один из немногих случаев токсической формы гриппа, закончившихся выздоровлением.

В начальной стадии при всех формах заболевания хороший результат даёт гемотерапия (инъекции 5 см^3 цитратной крови внутримышечно три-четыре раза через день), горячие ванны (40°), горчичные обёртывания, сердечные средства внутрь и правильное вскармливание. При парэнтеральных явлениях желательно провести терапию ограничения питания. Пропускают одно-два кормления, а затем в течение одного-двух дней дают ребёнку уменьшенные порции пищи, увеличивая количество вводимой жидкости (подслащённый чай или физиологический раствор с 10% глюкозой).

Катарральная и смешанная форма гриппа обычно заканчиваются выздоровлением. При токсической форме необходима радикальная терапия: голод в течение 8—10 часов (назначать недоношенному ребёнку более продолжительное голодание, ввиду его общей слабости, опасно), обильное питьё в виде физиологического раствора или раствора Рингера с 10% глюкозой. После голодной паузы назначают обезжиренное сцеженное грудное молоко (через 2 часа по 10—20 см³, в зависимости от состояния ребёнка, ежедневно повышая количество

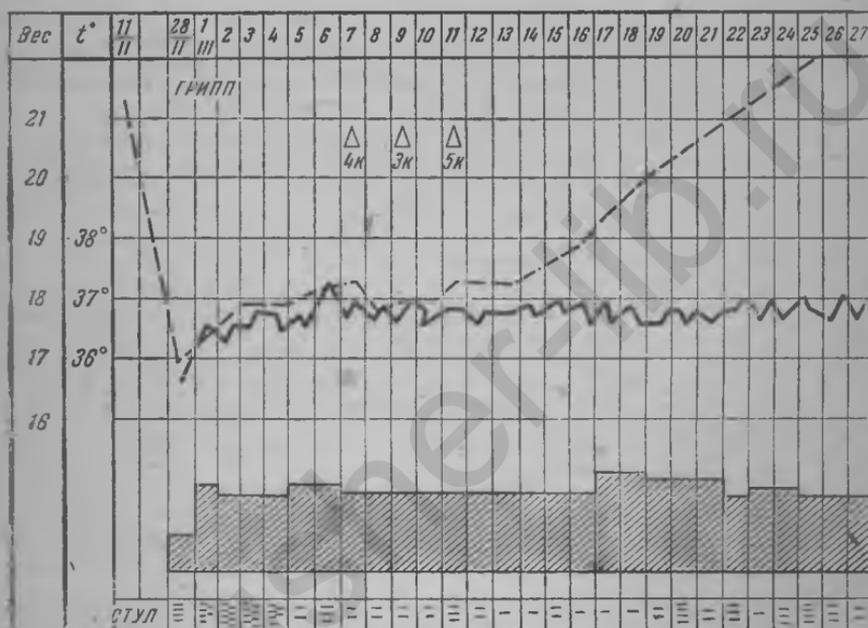


Рис. 20. Грипп смешанной формы.

молока на 50—100 см³). На третий день можно перейти на сцеженное грудное молоко. Ввиду тяжёлого поражения сердца при токсической форме гриппа сердечные средства приходится назначать не только внутрь, но и под кожу (*Sol. Coffeini natrio-benzoici* 10% по 0,2 два раза в день). Показана также гемотерапия, горячие ванны и горчичные обёртывания. Применение сульфамидных препаратов—белого стрептоцида при гриппе и сульфидина при токсикозах—во многих случаях вызывает благоприятное течение болезни, быстрое исчезновение болезненных явлений и полное выздоровление. Назначаются эти препараты по 0,2 на 1 кг веса шесть раз в сутки (через 4 часа). Обязательно раннее введение сульфамидных препаратов—

при первых проявлениях болезни. Однако эти наблюдения требуют в дальнейшем проверки на большем материале.

Профилактике гриппа, как ясно из вышеизложенного, необходимо уделить серьёзное внимание. Нужно ограждать детей от контактов с больными гриппом, возможно раньше изолировать заболевшего ребёнка от остальных детей. В случае заболевания гриппом матери она должна во время кормления ребёнка грудью надевать маску и воздерживаться от разговоров и кашля в присутствии ребёнка.

Особенно большую опасность представляют заболевшие гриппом родильницы, которые легко передают его новорожденному. Во избежание распространения инфекции мать надо изолировать от ребёнка, назначив ему в течение нескольких дней сцеженное грудное молоко.

Специфическая профилактика гриппозным антивирусом не получила пока широкого распространения ввиду малой её эффективности.

Воспаление лёгких

Воспаление лёгких является наиболее частой причиной смерти недоношенных детей. Грипп, диспепсия, асфиксия и вторичные ателектазы часто осложняются воспалением лёгких. Это объясняется анатомическими особенностями строения грудной клетки и дыхательных органов у недоношенных детей, о которых говорилось выше.

Воспаление лёгких протекает у недоношенных детей своеобразно, чем объясняется трудность его распознавания и ошибки в диагнозах. Наиболее характерной особенностью является отсутствие температурной реакции. Температура обычно бывает субнормальная, нормальная или субфебрильная; высокая температура наблюдается очень редко. Вот почему нельзя руководствоваться этим показателем для диагноза воспаления лёгких у недоношенных детей.

У них отсутствует также стонущая одышка и характерный пневмонический кашель.

Наиболее ранний симптом (по наблюдениям клиники для недоношенных детей Центрального педиатрического института)—выделение изо рта и носа пенистой слизи. При обычной сухости слизистой носа в этом возрасте, при скудном выделении слюны появление большого количества пенистой слизи является очень демонстративным симптомом, который легко может быть отмечен не только медицинским персоналом, но и внимательной матерью. Другим характерным симптомом является цианоз лица у ребёнка. И, наконец, очень рано появляются перкуторные и аускультативные изменения в лёгких:

укорочение звука, мелкие влажные хрипы, бронхофония, бронхиальное дыхание.

Ребёнок К-ва. Родился с весом 1900 г, недоношен 2 месяца. В отделение принят 12 дней с весом 1700 г. При поступлении диагностирован грипп смешанной формы, который на 8-й день осложнился левосторонним воспалением лёгких. Болезнь сопровождалась значительным падением веса, аускультативными и перкуторными изменениями в лёгких. Температура 37,2—37,5° в течение 3 дней, частый кашель, повторные приступы цианоза, явления общего токсикоза. В первый же день заболевания сделана инъекция цитратной крови, повторенная 3 раза через день. Горчичное обертывание и горячие ванны, 6 раз в день кофеин по ½ чайной ложки внутрь и 0,2 10% кофеина под кожу, кислород, частое кормление и общий уход. Ребёнок болел около 12 дней, поправился и в последующие 15 дней прибавил в весе 500 г.

Наиболее эффективной терапией является сульфидин (0,2—0,3 на 1 кг веса 6 раз в сутки, через 4 часа). Но благоприятный результат сульфидин даёт лишь при раннем применении, что возможно при ранней диагностике заболевания. Сульфидин дают в течение 2—5 дней в зависимости от объективных данных.

Наряду с сульфидином следует применять горячие ванны или горчичные обертывания, кислород, сердечные средства, а также витамин С.

Воспаление среднего уха

Воспаление ушей представляет собой частое осложнение различных заболеваний у недоношенных детей. Относительно широкий просвет евстахиевой трубы, сухость слизистой благоприятствуют возникновению воспалительных процессов в полости среднего уха, которые легко распространяются на антрум. Клинические симптомы этого заболевания обычно заключаются в кратковременном повышении температуры, общем беспокойстве ребёнка, учащении стула, появлении рвоты и болезненности при надавливании на трагус. При отоскопии отмечается усиленная десквамация эпителия барабанной перепонки при очень незначительной гиперемии и помутнении её. Болезнь у маленьких детей нередко сопровождается тяжёлым токсикозом и эксикозом (подробное описание в главе о токсической форме гриппа). Парацетез редко даёт улучшение, антромию у недоношенных детей до настоящего времени не применяют. Болезнь протекает бурно и обычно через 2—3 дня заканчивается летально.

На вскрытии у детей очень часто, наряду с гнойным воспалением среднего уха и антрума, обнаруживается кровоизлияние в мозг. Повидимому, травма и всасывание больших количеств крови вызывают резкое снижение реактивности ор-

ганизма, изменяют обмен и обуславливают тяжёлое течение болезни и летальный исход.

Профилактика гриппа, правильный уход и вскармливание являются наиболее эффективными мероприятиями по борьбе с воспалением среднего уха и антрума у недоношенных детей.

Гнойное воспаление слюнных желёз

У недоношенных детей в течение первого месяца жизни изредка наблюдается гнойное воспаление слюнных желёз—подчелюстных или околоушных. Заболевание может быть одно- или двусторонним, могут поражаться одновременно и обе группы желёз. Клинически заболевание выражается в припухании железы, болезненности её и появлении флюктуации спустя 2—3 дня после начала заболевания. Диагноз не труден. Выделение гноя из выводного протока поражённой железы подтверждает диагноз.

Патогенез этого заболевания различен:

1) восходящая инфекция, проникающая через ротовое отверстие выводного протока слюнной железы. В этих случаях болезнь протекает доброкачественно, иногда даже при нормальной температуре, заканчивается выздоровлением. Возбудителем болезни в этих случаях является флора рта (стафилококки, сарцина, диплококки, *V. coli* и др.);

2) метастаз в слюнную железу при общей септической инфекции. Естественно, что в этих случаях болезнь протекает тяжело и заканчивается летально.

Лечение: а) консервативное—согревающие компрессы из буровской жидкости или камфорного масла на воспалённую железу и удаление гноя через ротовое отверстие путём осторожного надавливания на железу. Выделяющийся из отверстия гной тотчас же захватывается ватным шариком, смоченным перекисью водорода; б) радикальное—разрез нагноившейся железы и последующее лечение гнойной раны обычным методом.

Кожные заболевания

Кожа недоношенного ребёнка тонка, суха и поэтому легко ранима. Тщательно проводимое согревание ребёнка в первое время после рождения является предрасполагающим моментом для возникновения кожных заболеваний, главным образом стафилококкового характера. Боязнь купать недоношенных детей в первые месяцы жизни значительно ухудшает состояние их кожи. Это способствует появлению опрелости,

пиодермии, дерматитов и пемфигуса. Основным условием для успешного лечения кожных заболеваний является применение стерильного белья. В домашних условиях стерилизация может быть заменена проглаживанием пелёнок с обеих сторон горячим утюгом. Местное лечение заключается в применении дезинфицирующих и прижигающих средств; хороший эффект даёт также гемотерапия. Для прижигания можно применять 10% раствор иода, крепкий раствор марганцовокислого калия или 1% спиртовой раствор бриллиантовой зелени. При образовании абсцессов рекомендуется инцизия. При затяжных формах заболеваний показаны ванны с марганцем. Хороший результат даёт облечение кварцем.

Обширные дерматиты, нередко наблюдающиеся у недоношенных детей, требуют особо тщательного ухода и лечения ввиду опасности вызвать септическое заболевание. В этих случаях, наряду с описанным лечением, хороший результат даёт смазывание кожи тела каким-либо растительным маслом либо *linimentum calcareum*. Вазелиновое масло вызывает иногда раздражение кожи, вероятно, вследствие наличия продуктов нефти.

При поражениях кожи экссудативного характера хороший результат даёт применение следующей мази:

Rp. Ol. Camphorae 6,0
Zinci oxydati
Ol. Vaselini aa 10,0

При правильной организации ухода и согревания, при регулярном купании недоношенные дети не обнаруживают повышенной склонности к кожным заболеваниям.

Острые инфекционные заболевания

Из острых инфекционных заболеваний недоношенные дети восприимчивы к коклюшу, дифтерии носа и ветряной оспе. Корью, скарлатиной, краснухой недоношенные дети, повидимому, не болеют.

Коклюш—очень опасное заболевание для недоношенных детей. Восприимчивость к коклюшу отмечается уже в период новорожденности. Болезнь после короткого катаррального периода осложняется воспалением лёгких. У детей первого месяца жизни не бывает судорожных приступов, кашель, температурная реакция отсутствует, поэтому болезнь часто остаётся нераспознанной. По нашим наблюдениям, инкубационный период несколько короче. Клиникой заболевания изучены ещё недостаточно. Хороший эффект даёт ранняя гемотерапия; воспаление лёгких лечат обычными методами.

Дифтерия поражает у недоношенных детей преимущественно слизистую носа; клинически отмечаются сукровичные выделения и иногда незначительные налёты на слизистой носа. Лечение специфическое: внутримышечная инъекция 2 000—3 000 антитоксических единиц дифтерийной сыворотки. Эпидемиологические мероприятия обычного характера. Болезнь обычно протекает доброкачественно, не вызывая тяжёлых осложнений.

Ветряная оспа протекает у недоношенных детей относительно легко, при нормальной температуре и скудном высыпании. Заканчивается обычно в течение нескольких дней выздоровлением, если не присоединится вторичное стафилококковое заболевание кожи. Специального лечения не требует. Необходим правильный общий уход и соблюдение правил гигиены.

АНЕМИЯ

Анемия развивается, начиная с третьей недели жизни, у большинства недоношенных детей. Количество гемоглобина и эритроцитов в течение первого месяца жизни быстро снижается.

Продолжающийся в дальнейшем распад эритроцитов и уменьшение гемоглобина ведут к развитию анемии, которая к первому полугодию достигает значительной степени.

Несмотря на то, что анемию удаётся установить почти у всех недоношенных детей, до сих пор точно не выяснена причина этого явления и не изучен её патогенез.

Существует очень много гипотез и теорий, которыми авторы пытаются объяснить механизм возникновения анемии. Одной из наиболее старых теорий является теория Бунге, согласно которой недоношенные дети рождаются с недостаточным для продукции эритроцитов запасом железа.

Более новой и более приемлемой является теория Спанского, который объясняет анемию недоношенных детей гипофункцией кроветворных органов. Некоторые авторы считают причиной анемии повышенные процессы гемолиза при недостаточной регенеративной способности. Французские авторы склонны связывать анемию с хроническими инфекциями (например, сифилисом).

Анемия недоношенных детей, по всей вероятности, не самостоятельная нозологическая единица, а лишь симптом, возникающий в результате различных причин, среди которых существенную роль играют и дефекты ухода, и вскармливания, и рахит, и перенесённые острые и хронические заболевания. Благоприятствует её развитию гиподисфункция крове-

творных органов, свойственная незрелому организму недоношенного ребёнка. Ранняя профилактика рахита, правильный уход и вскармливание, ограждение от инфекции снижают интенсивность развития анемии и способствуют более доброкачественному её течению.

Из медикаментозных средств хороший результат даёт введение железа одновременно с желудочным соком (*Ferri reducti* 0,1 два раза в первые месяцы жизни и 0,2 два раза во втором полугодии и желудочный сок пополам с водой по $\frac{1}{2}$ чайной ложки два раза в те же часы). Такое же благоприятное влияние на течение анемии оказывают, по данным ряда авторов, и другие препараты железа, инъекции и переливание крови, препараты печени.

Обычно к 6 месяцам количество гемоглобина и эритроцитов стабилизируется, а во втором полугодии начинает медленно повышаться. При энергичной борьбе с анемией укорачивается период падения гемоглобина и эритроцитов и уменьшается степень этого падения.

Необходимо отметить, что внешний вид недоношенного ребёнка не всегда даёт возможность судить о картине крови. Нередки случаи, когда кожные покровы нормальной окраски, исследование же крови обнаруживает анемию.

Принимая во внимание глубокие нарушения обмена при анемии, следует назначать лечение не позже четвёртой недели жизни.

Лечение проводится под контролем исследования крови, периодически в течение месяца с последующим одно-двухмесячным перерывом (в зависимости от состава крови).

Рахит и профилактика его

Если своевременно не провести профилактических мероприятий, рахит развивается у всех недоношенных детей. Поэтому и широко распространено мнение, что рахит является обязательным следствием преждевременного рождения. Однако наблюдения, проведённые в клинике для недоношенных детей Центрального педиатрического института, установили, что тяжёлая форма рахита в значительном проценте случаев является следствием дефектов в уходе и вскармливании. Клинические проявления рахита у недоношенных детей в основном те же, что и у доношенных детей раннего возраста, с той лишь разницей, что они обычно наступают у них раньше. В конце второго месяца отмечается размягчение затылочных костей (*craniotabes*), чётки, увеличение теменных и лобных бугров, увеличение селезёнки и печени, потливость. Довольно часто наблюдается у недоношенных детей в конце

первого, начале второго месяца жизни пергаментность темных костей, одно- или двусторонняя. Спустя 2-3 недели она обычно исчезает без всякого лечения. Связь пергаментности с рахитом до сих пор ещё не установлена.

При правильно проводимых мерах профилактики удаётся значительно снизить частоту рахита среди недоношенных детей. В тех же случаях, когда, несмотря на профилактические мероприятия, рахит всё же развивается, он протекает доброкачественно, не задерживает роста и веса, не оставляет костных деформаций и сравнительно быстро проходит. Описанный Ильпе симптомокомплекс, названный «мегацефалией», заключается в своеобразном внешнем облике недоношенных детей (увеличенные теменные и лобные бугры, венозная сеть на голове, западающая переносица, экзофтальмус и сильно увеличенный большой родничок). В настоящее время мегацефалия почти не встречается. Поэтому хотя Ильпе объяснил мегацефалию особой дисфункцией в росте лицевых и черепных костей и эндокринными расстройствами, связанными с недоношенностью, мы склонны связывать мегацефалию главным образом с тяжёлым рахитом. Ранняя профилактика и своевременное лечение рахита свели почти на-нет симптомы мегацефалии у недоношенных детей.

Уменьшение частоты и тяжести рахита сказывается также на времени прорезывания зубов и на развитии двигательных умений.

Несмотря на некоторое запаздывание в прорезывании первого зуба (7—8 месяцев), у большинства детей к году имеются 6—8 зубов. При правильной организации жизни недоношенные дети начинают сидеть, стоять и ходить в те же сроки, что и нормально рождённые дети. Таким образом, необходимо признать, что запаздывание в развитии двигательных умений тоже есть следствие рахита, а не недоношенности, и поддаётся внешним воздействиям.

Для профилактики, а также для лечения рахита следует давать ребёнку рыбий жир, витамин D и проводить облучение ультрафиолетовыми лучами. Профилактически витамин D, а также рыбий жир можно назначать в 1½ месяца, но дозировка должна быть очень осторожной. Рыбий жир дают с 5 капель в грудном молоке перед кормлением два раза в день, постепенно увеличивая дозу до 1 чайной ложки два раза в день. Витамин D начинают с 2 капель также два раза в день в грудном молоке и повышают дозу до 8 капель.

Если ребёнок плохо переносит рыбий жир, у него появляется рвота, срыгивание, рыбий жир надо заменить витамином D.

Наиболее радикальным профилактическим и терапевтическим мероприятием является облучение кварцем. Начинать курс облучения можно в стационаре с одного месяца, в консультации—с 1½—2 месяцев. Ввиду того что кварц является сильно действующим средством, при применении его необходимо тщательно следить за реакцией ребёнка (исследование мочи, крови, нарастание веса, сон). Температура комнаты, где производится облучение, должна быть не ниже 18—20°. Охлаждение ребёнка во время процедуры вредно. Нужно наблюдать также за поведением ребёнка. Крик во время облучения, резкое возбуждение снижают эффект от облучения. Поэтому надо стараться ребёнка успокоить, отвлечь.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ

Пупочные грыжи относятся к числу тех пороков развития, которые часто встречаются у недоношенных детей к концу второго и началу третьего месяца жизни. Это следствие недоразвития пупочной фасции при вялости и слабости всей мускулатуры. Пупочные грыжи нередко достигают огромных размеров. Ввиду отсутствия более радикальных методов лечения пупочные грыжи принято заклеивать липким пластырем. Считают, что грыжи безвредны, не причиняют боли, поэтому активной борьбе с ними уделяется мало внимания.

Однако в некоторых случаях, вследствие вздутия живота и усиленной перистальтики, пупочные грыжи вызывают также болезненные ощущения. Ликвидировать пупочные грыжи можно при систематическом раннем выкладывании ребёнка на живот. Это установлено многолетними наблюдениями в стационаре для недоношенных детей Центрального педиатрического института НКЗдрава СССР и в практике работы консультаций.

В возрасте 1½—2 месяцев, когда ребёнок начинает пытаться фиксировать головку, его надо начать выкладывать на 1—2 минуты на живот раза 3—4 в сутки. В таком положении дети делают сгибательные и разгибательные движения ногами—«плавают», в чём принимает участие и брюшной пресс. Это мероприятие очень простое, отнимает около 10 минут в день и должно войти в практику консультационной работы.

Выкладывание производится в присутствии матери. Обычно спустя месяц грыжа исчезает, если она успела появиться, или не появляется совсем. Следует отметить, что выкладывание на живот способствует одновременно включению в работу мышц затылка, благодаря чему ребёнок лучше и раньше начинает держать головку.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Связь между родильным домом и детской консультацией

Помимо правильной организации жизни ребёнка в родильном доме, необходимо наладить тесный контакт между родильным домом и детской консультацией. После выписки из родильного дома ребёнок должен поступить под наблюдение врача и сестры детской консультации. Родильный дом за 2—3 дня до выписки ребёнка извещает об этом детскую консультацию (по телефону, почте или любым другим путём, в зависимости от местных условий). По этому извещению сестра консультации посещает семью, знакомится с бытом и обстановкой её, инструктирует в том, что нужно приготовить для ребёнка, какую одежду для него необходимо захватить с собой. По прибытии ребёнка с матерью домой их должен посетить врач. Он осматривает ребёнка и даёт необходимые указания по уходу.

В дальнейшем ребёнка может посещать на дому сестра, которая проводит углубленный патронаж, обучая мать всем особенностям ухода за ребёнком, а врач принимает ребёнка в консультации, куда его должна регулярно приносить мать. В тех случаях, когда ребёнок очень мал и слаб, а также тогда, когда расстояние между местом жительства ребёнка и консультацией велико и мать ещё не оправилась после родов, врач посещает ребёнка на дому. Особенно важно это в зимнее время года, принимая во внимание неустойчивость температуры тела недоношенного ребёнка.

При посещении консультации проверяют лактационную способность матери и сосательную способность ребёнка путём взвешивания его до и после кормления.

Мать предупреждают заранее, что она будет кормить ребёнка в консультации. Желательно кормление провести до приёма врача, чтобы последний мог уже на основании объективных данных ориентироваться в состоянии ребёнка и сделать дальнейшие назначения.

Пока у матери не наладилась лактация, консультация должна снабжать недоношенного ребёнка сцеженным молоком. Во время приёма в консультации врач проверяет результаты патронажной работы сестры, внося те или иные изменения или добавления. Обычно в первый месяц жизни необходимо часто делать патронажные посещения. В дальнейшем мать научается уходу, ребёнок становится активным и перестаёт нуждаться в специальных мероприятиях, и тогда патронажные посещения сестры могут проводиться реже.

Активное участие в работе по обслуживанию недоношенных детей должен принимать районный или городской педиатр, консультируя и помогая врачам разобраться в трудных случаях.

Обслуживание недоношенных детей могут проводить участковые врачи, каждый на своём участке, либо это может быть поручено одной бригаде—врачу и сестре, специально выделенным для этой работы. Важно только, чтобы работники, которым поручено это дело, знали особенности недоношенных детей. Приём в консультации недоношенных детей во избежание инфекции желателно назначать в те часы, когда консультация наименее загружена. Это относится и к проведению физиотерапевтических процедур. К приёму надо приготовить необходимые предметы оборудования—лампу-рефлектор или электрическую печь, резиновые грелки, кислородную подушку, весы. Желательно иметь в консультации выставку предметов ухода за недоношенным ребёнком и его одежды.

Каждый случай смерти недоношенного ребёнка в течение первого месяца жизни должен обсуждаться заведующим консультацией и лечащим врачом совместно с врачом родильного дома, а смерть в более позднем периоде—лечащим врачом совместно с заведующим консультацией.

Более совершенной формой являются совместные конференции врачей-педиатров родильного дома и детской консультации с привлечением в случае надобности и акушеров. В этой работе должен активно участвовать городской или районный педиатр.

Учёт работы

Судить об эффективности какой-либо работы можно лишь на основании учёта. Это положение остаётся в силе и в отношении работы с недоношенными детьми.

На основании отчётов родильных домов можно судить о проценте преждевременных родов, о весовых группах недоношенных детей, о проценте их смертности, а в некоторых родильных домах и о причинах смертности. Желательно учитывать также и группу детей с весом при рождении ниже 1 000 г, которые официально называются поздними выкидышами, но которые иногда выживают. В консультации необходимо для недоношенных детей завести отдельную учётную карточку. В каждой карточке должны быть следующие графы: фамилия ребёнка, степень недоношенности, вес при рождении, предполагаемая причина недоношенности, кратко течение беременности и родов, а также анамнез ребёнка до первого посещения.

консультации. Все эти графы заполняются врачом при первом посещении ребёнка и переписываются сестрой из истории развития ребёнка. В дальнейшем после каждого посещения сестра заполняет лишь четыре графы: 1) дата посещения, 2) возраст, 3) вес, 4) диагноз. На заполнение этих данных затрачивается очень мало времени, а между тем они помогают вести учёт эффективности работы консультации по данному разделу. Мы рекомендуем именно этот метод учёта. Ввиду невозможности изъять из общей регистратуры истории развития недоношенных детей. На основании этих записей можно судить о количестве недоношенных детей в консультации, об их развитии, о

Замеченные опечатки

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
15	5 снизу	0,9%	0,5%
39	18 снизу	(0,5—1%)	(0,5—1% раствор под кожу)

Зак. 1156.

Редактор *М. И. Дементьев*

Л 40656

Подписано к печати 28/VII 1943 г.

Тираж 8 000 экз.

3 $\frac{1}{4}$ печ. л.

3,25 авт. л.

42 000 знаков в 1 п. л.

Цена 1 р. 70 к.

Заказ 1156

6-я типография Трансжелдориздата НКПС

консультации. Все эти графы заполняются врачом при первом посещении ребёнка и переписываются сестрой из истории развития ребёнка. В дальнейшем после каждого посещения сестра заполняет лишь четыре графы: 1) дата посещения, 2) возраст, 3) вес, 4) диагноз. На заполнение этих данных затрачивается очень мало времени, а между тем они помогают вести учёт эффективности работы консультации по данному разделу. Мы рекомендуем именно этот метод учёта ввиду невозможности изъять из общей регистратуры истории развития недоношенных детей. На основании этих записей можно судить о количестве недоношенных детей в консультации, об их развитии, о размерах смертности и причинах этой смертности.

И. И. Бобровицкая: Вес и
Т. С. Савицкая и Г. И. Ковалев
С. А. Деметьев

Редактор *М. И. Дементьев*

Л 40656

Подписано к печати 28/VII 1943 г.

Тираж 8 000 экз.

3¼ печ. л.

3,25 авт. л.

42 000 знаков в 1 п. л.

Цена 1 р. 70 к.

Заказ 1156