

Н. М. МИРГОРОДСКАЯ

**РАБОТА СЕСТРЫ
В ПАЛАТЕ
НОВОРОЖДЕННЫХ**



библиотека среднего медработника

Библиотека среднего медицинского работника

Н. М. Миргородская

**Работа сестры
в палате
новорожденных**

Издание второе



ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА» МОСКВА — 1968

Введение

Новорожденный ребенок нуждается в специальном уходе. Особенности организма новорожденного требуют создания для его нормального роста и развития оптимальной обстановки.

В дореволюционной России заболеваемость и смертность детей были выше, чем в большинстве других стран, так как царское правительство не интересовалось вопросами народного здравоохранения. Лишь после Великой Октябрьской социалистической революции отношение к здоровью народа коренным образом изменилось. По инициативе В. И. Ленина был издан исторический декрет об организации государственной охраны материнства и детства. С тех пор забота о матери и ребенке, проявляемая Коммунистической партией и Советским правительством, сказывается во всей организации детского здравоохранения. В Советском Союзе создана самая стройная система лечебно-профилактической помощи. Закон охраняет труд беременной женщины. В женской консультации будущая мать получает сведения о гигиене периода беременности и помощь при недомоганиях и осложнениях, связанных с беременностью; при неправильном течении беременности женщину помещают в родильный дом на некоторый срок до родов для постоянного контроля за ее здоровьем и для соответствующего лечения.

В женской консультации беременная получает практические советы, как сохранить свое здоровье и здоровье будущего ребенка. Посещая занятия в «школе матери», она получает необходимые сведения об особенностях новорожденного и ухода за ним. Психопрофилактическая подготовка женщины к родам получила сейчас широкое признание не только в Советском Союзе, но и за рубежом.

В родильном доме женщина получает квалифицированную помощь со стороны акушерки и врача-акушера.

При современной высокой степени организации родовспоможения и охраны детства дальнейшее снижение детской заболеваемости и смертности является одной из основных задач советского здравоохранения. Особое значение имеет снижение заболеваемости и смертности детей в первые дни и недели жизни, поэтому так важно охранять нормальное течение беременности и родов у женщины, поэтому так нужна правильная организация работы родильных учреждений и отделений новорожденных. Высококвалифицированное обслуживание новорожденного в момент родов и после рождения в значительной степени может снизить раннюю детскую смертность.

Все родильные дома и родильные отделения должны иметь специальные отделения или палаты для новорожденных, изолированные от матерей. Если в прежние времена в старой России (а в некоторых странах и теперь) детей оставляли с матерями и они даже пеленали их у себя на кровати, то теперь в родильных отделениях новорожденных сразу же помещают в отдельную палату, причем каждого ребенка на отдельную кровать. За здоровье и жизнь новорожденного отвечает весь медицинский персонал родильного дома, но особенно большая ответственность лежит на врачах и сестрах детского отделения. В небольших родильных отделениях, где в штате не всегда предусмотрены детские сестры, наблюдение и уход за новорожденными до момента выписки его из родильного дома осуществляются акушеркой.

Акушерка и сестра детского отделения должны постоянно помнить об огромной ответственности, которую налагает на них их работа. От качества работы акушерок в значительной мере зависит частота и степень травмирования новорожденного во время родового акта. От квалификации и добросовестности медицинских сестер зависит качество ухода, а следовательно, здоровье и жизнь ребенка.

Очень важны проводимые во многих родовспомогательных учреждениях ежедневные утренние конференции (так называемые пятиминутки), на которых присутствуют врачи, акушерки и сестры. На этих пятиминутках персонал, сдающий дежурство, сообщает о случаях патологических родов, состоянии здоровья новорожденных и родильниц, об оказании послеродовой помощи новорожденному. Врачи разъясняют сестрам и акушеркам меры, которые необходимо принять для профилактики или лечения детей, родившихся в эти дни, корректируют действия сестер.

Период новорожденности и его особенности

Анатомо-физиологические особенности новорожденного

Нормально протекающая беременность через 9 месяцев (около 280 дней) обычно заканчивается срочными родами доношенным, функционально зрелым ребенком. Функциональная зрелость, однако, не всегда совпадает с доношенностью. Бывают случаи рождения раньше предполагаемого срока, но со всеми признаками зрелого плода; продолжительность беременности у женщин не всегда одинакова.

С момента рождения и перевязки пупочного канатика прекращается непосредственная связь ребенка с матерью и он вступает в первый период самостоятельной внеутробной жизни — период новорожденности.

Этот период специально выделяют, так как он является переходным и характеризуется приспособлением детского организма к условиям внешней среды. Потому так важно правильно организовать эти условия в первые дни и недели жизни новорожденного.

Период приспособления бывает различной продолжительности, в среднем $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ недели, а иногда и больше. В конце первого месяца жизни ребенок постепенно вступает во второй — грудной период.

В период новорожденности в организме ребенка происходит значительная перестройка: начинают функционировать органы и системы, бездействовавшие во внутриутробном периоде, функций многих органов изменяются. Например, сердечно-сосудистая система значительно перестраивается: постепенно закрываются зародышевые кровеносные пути — боталлов и артериев протоки, овальное отверстие; зарастают остатки пупочных сосудов и устанавливаются большой и малый круги кровообращения.

Легкие, бывшие в спавшемся состоянии, в течение всего пребывания ребенка в утробе матери, заполняются воз-

духом. В зависимости от степени доношенности ребенка процесс расправления легких заканчивается в различные сроки, например у недоношенных детей легкие могут еще долгое время находиться в состоянии частичного ателектаза (т. е. в спавшемся состоянии).

Начинают функционировать пищеварительные органы.

Несовершенство строения внутренних органов и связанная с этим их функциональная недостаточность являются причиной того, что организм новорожденного особенно легко выводится из состояния равновесия, если для него не будут созданы необходимые условия.

Новорожденный сильно отличается не только от ребенка 10—12 месяцев, но даже от ребенка 1—2 месяцев, который обычно достаточно освоился в окружающей его внешней среде. Хороший уход за ребенком помогает ему легче и быстрее приспособиться к новой внешней среде.

Периоду новорожденности свойственны своеобразные анатомо-физиологические особенности.

Главной из них является наличие у ребенка остатка пупочного канатика, где проходят три крупных сосуда: две артерии и вена. Внутриутробно по вене к плоду поступают питательные вещества и кислород, а по артериям оттекает венозная кровь и вещества, которые образовались в процессе обмена веществ плода.

После отделения ребенка от матери сосуды пуповины закрываются не сразу, и через них в организм ребенка может попасть инфекция. Поэтому надо особенно строго соблюдать все правила асептики как в момент перевязки пуповины в родильной комнате, так и при ежедневном уходе за остатком пупочного канатика. После отпадения пуповины, которое обычно происходит на 5—6-е сутки, остается пупочная рана — тоже открытый путь для инфекции.

Кожа. До появления ребенка на свет его кожа надежно защищена в плодном пузыре от грубых механических повреждений, от возможного воздействия вредных веществ, охлаждения или перегревания, от соприкосновения с посторонними предметами.

С рождением ребенка эти вредные воздействия полностью устранить невозможно. Кожа ребенка не сразу приобретает нужные защитные свойства. В момент рождения ребенка кожа покрыта более или менее толстым слоем творожистой смазки серовато-беловатого цвета, состоящей из жира и слущившихся элементов эпидермиса,

Поверхностный роговой слой кожи тонкий, нежный. На ощупь кожа бархатисто-мягкая, очень нежная, с хорошим тургором. По всей поверхности, особенно на плечах и спине, она покрыта нежным пушковым волосом — lanugo, обилие пушка характерно для недоношенных, но встречается и у доношенных и крепких детей.

Иногда ребенок рождается со значительным пластинчатым шелушением рогового слоя, а мелкое шелушение его можно наблюдать почти у каждого новорожденного. Обильное шелушение рогового слоя кожи облегчает пути проникновения инфекции, что ведет к заболеваниям кожи.

Кожа новорожденного богата кровеносными сосудами, капиллярная сеть хорошо выражена, капилляры шире, чем у взрослых. Сальные железы работают усиленно (лицо ребенка часто лоснится); потовые железы несколько недоразвиты. Ногти у новорожденных развиты хорошо, у доношенных детей они часто бывают длиннее кончиков пальцев.

Подкожножировой слой у плода откладывается преимущественно в течение последних 1 $\frac{1}{2}$ —2 месяцев внутриутробной жизни и бывает хорошо (хотя и не у всех одинаково) выражен у доношенных новорожденных. У недоношенных детей подкожножировой слой развит плохо, у детей с глубокой недоношенностью он может отсутствовать.

Жировая ткань новорожденных отличается от ткани детей более старшего возраста и взрослых большей плотностью.

Значительная плотность жира у новорожденных обуславливает появление у них при неблагоприятной обстановке (например, при охлаждении, обезвоживании и др.) склеремы и склередымы.

Склерема характеризуется резким затвердением ткани без отека; при склередеме имеется уплотнение и отек ткани. Склерема и склередема чаще всего появляются на нижних конечностях, реже на ягодицах, половых органах и других частях тела.

Температура тела. У новорожденных температура тела часто колеблется, что можно объяснить как некоторой незаконченностью развития теплового центра, так и недостаточной продукцией тепла. Лабильность температуры обязывает особенно внимательно ухаживать за новорожденным, оберегая его как от охлаждения, так и от перегревания. Если охлаждение легко ведет к снижению температуры, то при перегревании ребенка чрезмерным

укутыванием, грелками и т. д. температура нередко повышается, иногда до значительных цифр.

Костно-мышечная система. Кости новорожденного отличаются особой мягкостью, эластичностью и благодаря этому меньшей ломкостью по сравнению с костями детей старшего возраста и взрослых.

Голова у новорожденного составляет $\frac{1}{4}$ длины тела. Концы черепных костей у него не прикасаются плотно друг к другу. Большой родничок открыт, имеет ромбовидную форму. Малый родничок и боковые могут быть закрыты уже у новорожденного. Грудная клетка новорожденного выпуклая, короткая и малоподвижная.

Ребра расположены перпендикулярно по отношению к позвоночнику. Позвоночник не имеет искривлений. Конечности короткие, голени немного выпуклы спереди и наружу и поэтому кажутся кривыми.

У новорожденных мускулатура развита слабо, особенно мышцы конечностей. Для новорожденных характерна ясно выраженная гипертония мышц, особенно резко выраженная со стороны сгибателей конечностей.

Органы дыхания. Органы дыхания новорожденного отличаются незаконченностью анатомо-физиологического строения. Верхние дыхательные пути, особенно носовые ходы, узкие. При отеке слизистых оболочек носа (например, при насморке) дыхание ребенка через нос становится затрудненным. Ребенок дышит через рот. Это затрудняет сосание, в результате чего ребенок голодает.

Необходимо следить, чтобы в носовых ходах у ребенка не скапливалась слизь и чтобы он постоянно дышал чистым воздухом (проветривание палаты, обязательная влажная уборка помещения). Число дыханий в минуту у новорожденного составляет от 40 до 60. Легкие новорожденного весят всего около 50 г, т. е. в 20 раз меньше, чем легкие взрослого. Они содержат относительно мало эластических волокон и вследствие этого легко спадаются, что может привести к ателектазу легких. При этом некоторые участки легких совсем не содержат воздуха и ребенок ими не дышит. Чаще всего это наблюдается при различных заболеваниях дыхательных путей, общей слабости ребенка, особенно глубокой недоношенности, воспалении легких, асфиксии новорожденного.

Участки легких, находящиеся в состоянии ателектаза, особенно легко поражаются воспалительным процессом, так как кровообращение в них всегда нарушено.

Анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания и особенностями нервной регуляции объясняется предрасположенность новорожденного к заболеваниям верхних дыхательных путей и легких.

Сердечно-сосудистая система. Сердце у новорожденного ребенка относительно велико (если у взрослого сердце составляет около 0,5% веса, то у новорожденного — 0,8%). Кроме того, оно более выносливо, чем у детей старшего возраста, так как еще не подвергалось никаким вредным воздействиям, например, влиянию инфекционных заболеваний. Однако необходимо тщательно наблюдать за деятельностью сердца, пульсом ребенка. Пульс новорожденного характеризуется крайней неустойчивостью и при возбуждении, крике, плаче может достигать до 180—200 ударов в минуту. В среднем в первые часы жизни частота его равна 120—140 ударам в минуту; в последующие дни пульс становится реже.

Считать пульс, так же как и число дыханий, должен уметь каждый медицинский работник. Учащенный или аритмичный пульс, как и дыхание, иногда указывает на болезненный процесс. Так, например, при тяжелой родовой травме — кровоизлиянии в мозг — ритм дыхания и пульс становятся редкими и неправильными.

Пищеварительные органы. У новорожденного эти органы также имеют особенности, которые надо знать, чтобы правильно организовать уход за ребенком. Полость рта у новорожденного сравнительно небольшая. Язык большой. Если язык западает кзади, ребенку трудно дышать, так как корень языка, слишком приближаясь к задней стенке зева, препятствует свободному прохождению воздуха. Очень редко при рождении у ребенка имеются зубы, что отнюдь не говорит о его особенной зрелости. Зубы держатся слабо, часто мешают ребенку сосать грудь матери и причиняют ей боль. Эти зубы следует удалять в первые же дни жизни. Слюнные железы новорожденного выделяют очень мало слюны. Слизистая оболочка полости рта довольно сухая, ярко-красной окраски, так как богата кровеносными сосудами, близко расположенными к поверхности слизистой оболочки. Она очень легко ранима. Поэтому запрещается протирать полость рта ребенка даже с лечебной целью (при молочнице, стоматите), а следует только орошать полость рта лекарством или осторожно касаться мягким стерильным ватным тампоном, смоченным лекарством по назначению врача. На твердом небе по средней

линии видны желтовато-белые точки — узелки Бона. Вдоль челюстных отростков имеется плотный валик, особенно отчетливо выделяющийся после сосания; лучше всего он выражен между теми участками, где в будущем будут прорезываться клыки. На видимой стороне слизистой оболочки губ имеются подушечки, разделенные довольно глубокими бороздами, расположенными поперек губ. Эти подушечки, так же как и сосательные валики, помогают ребенку лучше схватить сосок материнской груди. Сосательный рефлекс — безусловный врожденный рефлекс. Активность сосательных движений является показателем не только зрелости ребенка, но, пожалуй, в еще большей мере его здоровья, так как даже при сравнительно легких заболеваниях ребенок вяло сосет грудь.

Пищевод ребенка равен примерно половине длины туловища, т. е. в среднем 10—11 см. Он переходит в желудок, форма желудка ребенка зависит от степени наполнения пищей. Сам желудок расположен вертикальнее, чем у детей старшего возраста, и поэтому молоко легче переходит из него обратно в пищевод. Чувствительность слизистой оболочки желудка повышена; мышца, запирающая вход в желудок (сфинктер кардиальной части), недоразвита, и можно сказать, что желудок представляет собой как бы продолжение пищевода; этим объясняются срыгивания и рвота у новорожденных.

Если у ребенка акт сосания и глотания происходит нормально, молоко из груди матери постепенно, глоток за глотком, небольшими порциями поступает в желудок, который замыкается сфинктером антральной части. Молоко под влиянием желудочного сока створаживается и по мере переваривания через периодически раскрывающийся сфинктер переходит в двенадцатиперстную кишку.

Нервная система желудочно-кишечного тракта у новорожденного еще не вполне развита.

Всеми этими особенностями объясняется то, что у новорожденного часто встречаются различного рода отклонения от нормального процесса пищеварения: срыгивание, рвота несвернувшимся или уже створоженным молоком во время кормления, сразу же после него или спустя некоторое время, вздутие в области желудка (часто бывающие при аэрофагии — заглатывании ребенком вместе с высасываемым молоком воздуха), вздутие кишечника. Обо всех этих отклонениях от нормального процесса пищеварения сестра должна обязательно докладывать врачу.

Процесс переваривания пищи в кишечнике, формирования испражнений и выведения их через прямую кишку у новорожденного ребенка еще далеко не налажен. В первые дни внеутробной жизни ребенок выделяет первородный кал — меконий, который образуется с IV месяца внутриутробной жизни. Меконий представляет собой темно-оливковую, тягучую, густую, лишенную запаха массу. Иногда в первых порциях мекония находится серовато-белое или желтоватое густостуденистое образование — так называемая мекониальная пробка. Переход к испражнениям, характерным для ребенка, находящегося на грудном вскармливании, происходит не сразу. Часто этим испражнениям предшествует так называемый переходный стул — испражнения, богатые слизью, коричнево-зеленоватой окраски, водянистые, иногда пенные. В этот период у детей часто возникает скопление газов и вздутие кишечника, что вызывает беспокойство ребенка, частота и вид испражнений резко колеблются. Стул ребенка, питающегося молоком матери, характеризуется кашицеобразной консистенцией, золотисто-желтым цветом и кислым запахом.

Сестра должна внимательно следить за стулом ребенка. Отсутствие мекония в первые часы или сутки после рождения ребенка должно навести на мысль об аномалиях развития прямой кишки или заднепроходного отверстия — врожденном отсутствии естественного отверстия (атрезии). Даже при наличии правильно сформированного заднепроходного отверстия отсутствие стула должно насторожить сестру, так как возможна так называемая высокая атрезия прямой кишки. Во всех этих случаях сестра немедленно должна сообщить о замеченном педиатру, а при его отсутствии — дежурному акушеру.

Лучше всего пеленки с испражнениями (если они необычны) оставлять для осмотра врачу. Если же это не сделано, сестра должна уметь рассказать врачу, какие были испражнения: однородные, зеленого или оранжевого цвета, жидкие или густые, пенные или нет, со слизью или без нее, с кровью или без нее, скудные или обильные.

Врач, учитывая общее состояние новорожденного, силу сосания, количество высасываемого им молока, наличие срыгивания или рвоты, характер испражнений, может заключить, правильно ли происходит у ребенка процесс пищеварения и усвоения пищи. Выяснение этого вопроса имеет большое значение, и роль сестры при этом значительна.

Мочеполовые органы. Состояние половых органов как мальчиков, так и девочек отмечается при первом же осмотре ребенка.

Наружные половые органы у новорожденных хорошо сформированы. При нормальном развитии яички опущены в мошонку, у девочек большие половые губы прикрывают малые. Однако и у вполне зрелых доношенных девочек половая щель нередко зияет. Из явлений чисто физиологического порядка со стороны половых органов мальчиков надо упомянуть часто наблюдаемые сращения между головкой полового члена и внутренней поверхностью крайней плоти и узость наружного кожного отверстия мочеиспускательного канала (фимоз). Усиливаясь, эти нормальные явления могут переходить в патологические.

Иногда у новорожденных девочек появляются кровянистые выделения из влагалища, напоминающие менструации. Это явление связано с гормональным воздействием материнского организма и совершенно не опасно для ребенка, но сестра должна сообщить об этом врачу.

Как редкое явление встречается такая форма наружных половых органов, что трудно установить пол ребенка: наружные половые органы похожи одновременно на органы мальчика и на органы девочки. Такие случаи относятся к так называемому ложному гермафродитизму.

Очень важно наблюдать за мочеиспусканием у новорожденного. Первые порции мочи светлые, бесцветные или имеют желтоватый оттенок. В последующие дни моча новорожденного становится мутной, более ярко окрашенной и в дни наибольшего падения веса принимает коричневатый оттенок. При стоянии моча дает довольно значительный осадок, растворяющийся при нагревании. Большое количество мочекислых солей в моче можно заметить по красноватому цвету осадка и по красновато-коричневым пятнам, остающимся на пеленках. Солевые отложения в виде желтого или оранжевого песка очень часто наблюдаются у мальчиков на кончике полового члена, на крайней плоти.

Темно-желтый, иногда бурый, цвет мочи, наличие осадка, появление солевых отложений в виде оранжевого или красного песка на коже половых органов новорожденного на 2—3-й день жизни характерны для так называемой и н ф а р к т н о й м о ч и. Такая моча выделяется в результате образования мочекислого инфаркта почек, встречающегося более чем у половины новорожденных детей.

Мочекислый инфаркт наблюдается чаще у здоровых, конституционально нормальных детей. Как правило, он проходит бесследно и не требует никакого лечения.

С 4—5-го дня жизни при нормальном питании новорожденного моча становится более светлой и прозрачной и постепенно принимает бесцветный, водянистый вид, типичный для мочи здорового грудного ребенка.

Сразу же после рождения мочеиспускание ребенка учащено. Затем нередко выделение мочи прекращается на сутки и даже больше. До 3-го дня мочеиспускания бывают 4—5 раз в сутки, а с 3-го дня их число быстро увеличивается и к концу первой — середине второй недели доходит до 20—25 раз в сутки, что вполне нормально для детей грудного возраста. Частые мочеиспускания объясняются физиологической полиурией и малой емкостью мочевого пузыря.

Сестра должна с самого начала наблюдать, мочится ли ребенок. Иногда наружное отверстие мочеиспускательного канала отсутствует вследствие аномалии развития (атрезия мочеиспускательного канала), и ребенка необходимо срочно прооперировать.

Если внешний вид мочи резко меняется, например она становится очень мутной или красной, как кровь, следует тотчас же сообщить об этом дежурному врачу.

Нервная система. У новорожденного нервная система еще недоразвита. Свообразием строения центральной нервной системы надо объяснить и особенности рефлексов у детей периода новорожденности: рефлексы, имеющие свои центры в спинном мозгу, у них усилены, а рефлексы с центрами в головном мозгу, наоборот, ослаблены. Для новорожденного прежде всего характерен комплекс рефлекторных движений, делающих возможным и акты сосания и глотания. Очень большое внимание акушерка и сестра должны с самого начала уделять состоянию центральной нервной системы ребенка, отражающемуся в его крике и поведении. Крик у здорового ребенка бывает громким, властным, звонким, и сестра должна уметь отличать его от крика боли, от тихого крика при слабости, от «мозгового» крика (громкого вскрикивания) и т. д.

Здоровый новорожденный двигает руками, ногами, головой, глазами, губами. Сестра должна наблюдать за тем, нет ли необычных движений в виде судорог, обращать внимание на отсутствие движений, что наблюдается при параличах, абсцессах и других воспалительных процессах, а

также на то, одинаково ли двигаются руки и ноги ребенка, одинаково ли поворачивается в стороны головка и т. д.

Своевременно подмеченное патологическое явление позволяет раньше, а следовательно, более эффективно, начать лечение больного ребенка.

Поражение центральной нервной системы наблюдается не только в результате родовой травмы или внутриутробного воспалительного процесса мозга, оно может быть и врожденным.

Органы чувств. С появлением ребенка на свет резко меняются условия окружающей его среды. На ребенка начинают оказывать воздействие самые различные факторы — звуки, температура, свет, прикосновение к коже, трение и другие раздражители.

Органы чувств у новорожденного развиты достаточно хорошо, хотя и имеют некоторые особенности. Ребенок видит с первого дня, но в первые дни зрение в основном сводится к светоощущению. Движения глазных яблок не совсем координированы, внутренние прямые мышцы глаза развиты сильнее наружных, чем объясняется частое у новорожденных физиологическое косоглазие. Большинство новорожденных еще не фиксируют взгляд на предмете, хотя у некоторых детей эта способность ясно выражена.

Слезные железы развиты, но слезы при плаче почти не появляются (что можно объяснить отсутствием центрального импульса вследствие недоразвития соответствующих мозговых центров).

Органы вкуса у ребенка развиты достаточно уже с самого рождения. На различные вкусовые раздражения ребенок реагирует совершенно различно: сладкое вызывает сосательные и глотательные движения и общую реакцию успокоения, горькое, кислое и соленое — гримасу неудовольствия, прекращение сосания и иногда усиление слюноотделения.

Обоняние развито слабее, но на сильные запахи ребенок реагирует.

Слух несколько понижен, но очень громкие звуки вызывают пробуждение ребенка ото сна или прекращение сосания при кормлении.

Чувство осязания у ребенка развито хорошо. Прикладывание соска или пальца к губам, коже вокруг рта или щекам ребенка тотчас вызывает у него сосательные движения. Раздражение слизистой оболочки носа ватным жгутиком вызывают сморщивание кожи лба и чиханье.

Чувствительность к температуре у детей сильно развита. На рефлекторной возбудимости, вызываемой температурными влияниями, основано возбуждение дыхательного центра при асфиксии применением горячих (39°) ванн с последующим обрызгиванием водой более низкой температуры. Болевая чувствительность у новорожденных развита хуже, чем у детей старшего возраста.

Поэтому, учитывая способность новорожденного воспринимать раздражения, идущие из окружающей среды, надо признать неправильным мнение, что для новорожденного абсолютно безразличны световые, звуковые, температурные и другие влияния. Наоборот, в палате новорожденных режим должен быть особенно тщательно продуман и его следует строить на принципах павловского охранительного режима.

Таи называемые физиологические состояния периода новорожденности

В первые дни жизни новорожденного наблюдается ряд особых состояний, которые бывают только в этот период и никогда в дальнейшем не повторяются. Эти особые состояния являются для новорожденных нормальными, физиологическими или стоят на грани с патологией.

Первородная смазка. Раньше считалось, что смазка кожи необходима только для лучшего скольжения плода при прохождении его через родовые пути матери. При первом туалете ее тщательно снимали стерильным растительным маслом или рыбьим жиром.

В настоящее время при первичной обработке кожи новорожденного удаляют лишь излишек первородной смазки, так как она защищает кожу новорожденного от возможных механических повреждений белым при первом пеленании, и в некоторой степени снижает роль температурных колебаний при первых манипуляциях с новорожденным ребенком.

При первых пеленаниях смазка частично остается на пеленках, в основном она остается в складках кожи: шейных, подмышечных, паховых. Следует помнить, что жиры смазки довольно быстро разлагаются, в результате чего образуются низшие жирные кислоты, вызывающие, как правило, раздражение кожи и появление опрелостей. Поэтому надолго оставлять первородную смазку в складках кожи нельзя.

Детская сестра, принимая в родильной комнате новорожденного, должна обязательно обратить внимание на окраску первородной смазки, характер околоплодных вод и сделать пометку об этом на страницах истории развития новорожденного.

Изменение окраски околоплодных вод и первородной смазки, наличие в водах мекония свидетельствуют о начинающемся внутриутробном кислородном голодании плода — внутриутробной асфиксии. Желтая или желтовато-зеленая окраска первородной смазки и вод также может быть следствием гемолитического процесса. Поэтому подобные изменения в окраске первородной смазки должны насторожить медицинскую сестру и она обязана своевременно доложить об этом детскому врачу.

Физиологический катар кожи. После рождения ребенка появляется так называемая физиологическая эритема, или физиологический катар кожи, — гиперемия кожи, иногда с легким синюшным оттенком, особенно на кистях и стопах, возникающая в результате значительного расширения кожных капилляров. Она держится от нескольких часов до 2—3 суток. В это время тело ребенка через кожу отдает много тепла.

В период, когда эритемная окраска кожи начинает бледнеть, наступает шелушение, легкое слущивание рогового слоя кожи, как правило, имеющее отрубевидный характер. Гораздо реже шелушение бывает пластинчатым. В этих случаях оно начинается рано — на 2—3-и сутки, и верхний слой эпидермиса при этом слущивается большими участками.

Очень часто на кончике и крыльях носа новорожденного, а иногда даже на прилегающих к носу участках кожи щёк хорошо заметны желтовато-белые точки — *milia*, слегка возвышающиеся над уровнем кожи. Их происхождение объясняется избыточным выделением кожного сала сальными железами, особенно усиливающимся в последние месяцы внутриутробного развития плода.

Miliagia — пузырьки с водянистым содержанием, похожие на зерна сваренного саго. Возникновение их связано с застойными явлениями в потовых железах, возникающих в период их усиленной деятельности. Чаще всего они встречаются на подошвах, но иногда появляются на лице, лбу, даже темени. Никакого лечения эти кожные явления не требуют; необходимо лишь тщательное соблюдение асептики при уходе за новорожденным.

Телеангиэктазии. У многих новорожденных в области затылка, на границе волосистой части на лбу, на переносице и верхних веках имеются красные, иногда слегка синюшные пятна различной, большей частью совершенно неправильной, формы, отчетливо отграниченные от окружающей нормальной кожи. Под давлением пальца краснота исчезает, но затем опять появляется. Это телеангиэктазии — расширенные кожные капилляры, остатки эмбриональных сосудов. Эти пятна напоминают родимые сосудистые пятна, но с возрастом они исчезают и могут выявляться при крике, возбуждении ребенка. Когда он успокаивается, пятна снова бледнеют и становятся незаметными.

Сосудистые родимые пятна (*naevus flammeus* — пылающие, или винные, пятна) также часто локализуются на лице, однако в дальнейшем они не исчезают и часто увеличиваются в размерах.

Иногда на коже ребенка появляются пятна, по цвету напоминающие сосудистые, а по виду — бугристую бородавку. Это так называемые *naevus hypertrophicus*, требующие в дальнейшем хирургического лечения.

Пигментные пятна. У новорожденных иногда наблюдаются пигментные пятна серо-голубого цвета, не выступающие над общим уровнем кожи, так называемые монгольские пятна. Они имеют округлую, реже неправильную или продолговатую форму, обычно резко ограничены. Наиболее часто они бывают на коже в области крестца, копчика и ягодиц. Причина образования пигментных пятен не выяснена. Обычно они исчезают без всякого лечения в течение первых лет жизни ребенка (к 4—5 годам).

Токсическая эритема. Довольно часто у новорожденных появляется сыпь, состоящая из мелких, величиной от чечевичного зерна до вишневой косточки, красноватых пятен. Пятна слегка инфильтрированы, расположены или изолированно друг от друга, или местами сливаются в группы. Одновременно с пятнами появляются небольшие узелки беловатого или желтоватого цвета, окруженные довольно широким венчиком гиперемии. Эти элементы напоминают следы от ожогов крапивой или от укуса насекомых. Наиболее часто они локализуются на наружной поверхности локтевых сгибов, в верхней трети плеч, но иногда могут появляться на всем теле, даже на лице и волосистой части головы. Сыпь никогда не поражает слизистые оболочки, ладони и подошвы. Обычно она появляется в первые дни жизни, большей частью к концу 2—3-го дня и держится

более 2 суток. Это так называемая токсическая эритема. Эритема может появляться не сразу на всем теле новорожденного: сыпь то исчезает, то снова выступает. Окончательное ее исчезновение также происходит не одновременно на всем теле. Никаких следов после исчезновения сыпи на кожных покровах не остаётся.

Токсическая эритема появляется чаще у крепких, доношенных детей, но ее можно наблюдать и у детей ослабленных и недоношенных. Нередко токсическая эритема наблюдается у новорожденных с диспепсическими явлениями и некоторые авторы объясняют это влиянием энтеротоксинов, т. е. кишечной аутоинтоксикацией (отсюда и название — токсическая эритема). Состояние детей при токсической эритеме не нарушается.

Токсическая эритема не является заболеванием кожи новорожденного ребенка. Большинство авторов указывают на аллергическое происхождение токсической эритемы, считая, что вероятнее всего, токсическая эритема — это показатель аллергической реакции новорожденного ребенка на белковые и гормональные вещества, а также на токсины, которые ребенок получает во время беременности от матери.

Физиологическая желтуха. На 2—3-й день, иногда позже, у большинства новорожденных появляется желтушное окрашивание кожи, слизистых оболочек и склер от еле уловимого бледно-желтого до лимонно-желтого, шафранного или даже оливкового цвета. Окраска обычно раньше всего появляется на лице и в межлопаточном пространстве, а затем распространяется на все туловище и конечности. При сильно выраженной физиологической желтухе не только кожные покровы, но и слизистые оболочки полости рта, особенно десен и неба, конъюнктивы, склеры приобретают желтушную окраску; окрашиваются выделения из полости носа, слезы, спинномозговая жидкость и кишечные соки. На внутренних органах нет желтушного окрашивания. Испражнения новорожденных, имеющих физиологическую желтуху, не обесцвечены, моча светло-желтого цвета.

Из-за выраженной красноты кожных покровов в первые дни (физиологическая эритема) желтуха может быть вначале незаметна, но легко обнаруживается, если на какой-нибудь участок кожи надавить пальцем или предметным стеклом.

Желтуха быстро нарастает, достигая максимума в течение ближайших 2—3 дней, а затем идет на убыль и исче-

зает без всякого лечения к 7—10-му дню, редко к 12-му дню. Гораздо реже желтуха держится 3—4 недели (как правило, такая относительно рано появляющаяся и затянувшаяся желтуха наблюдается у доношенных новорожденных, получивших травму в родах). Частота и степень окрашивания при физиологической желтухе в значительной степени зависят от других причин, так, например, затяжное течение желтухи нередко бывает у детей, родившихся в тяжелой асфиксии. Особенно резко бывает выражена и часто держится до 3—4 недель желтуха у слабых, недоношенных детей.

Обычно физиологическая желтуха почти не отражается на общем состоянии новорожденных и не требует никакого лечения.

Только при резко выраженных формах желтухи дети становятся вялыми, более сонливыми, слабее отвечают на раздражение, менее активно берут грудь; у них несколько медленнее восстанавливается физиологическая потеря веса.

Со стороны внутренних органов никаких отклонений от нормы не наблюдается. Печень и селезенка не увеличены.

Относительно причин проявления физиологической желтухи существует ряд теорий.

Большинство авторов объясняют появление желтухи распадом увеличенного во внутриутробном периоде количества эритроцитов и некоторой недостаточностью печени (А. Ф. Тур, К. П. Гаврилов, Б. Ф. Шаган, Д. Бобев и Ив. Иванова и др.).

Физиологическое опухание молочных желез. У здорового доношенного ребенка молочная железа в момент рождения состоит из 12—15 крошечных радиально расположенных долек. Величина ее в поперечнике составляет всего несколько миллиметров и едва прощупывается. В течение первых дней жизни ребенка молочная железа увеличивается в несколько раз. Пол ребенка при этом не играет никакой роли: опухание молочной железы встречается почти в равной степени как у девочек, так и у мальчиков. Припухшая железа достигает величины крупной горошины, а в некоторых случаях — крупного грецкого ореха: Кожа над припухшей железой почти никогда не бывает изменена, и лишь изредка наблюдается легкая гиперемия. Начиная со 2—3-й недели молочная железа заметно уменьшается в размерах и к концу первого месяца жизни имеет уже первоначальные размеры. Причиной опухания молочных

желез следует считать поступление от матери к ребенку гормонов различных эндокринных желез, играющих большую роль в механизме секреции молока у матери.

Опухание молочных желез у новорожденных — явление физиологическое и, безусловно, не требует никакого лечения. Выдавливание секрета из набухших молочных желез недопустимо; оно ведет только к увеличению секреции, а главное опасно тем, что, травмируя кожные покровы и железистые элементы, открывает входные ворота для инфекции.

Если опухание желез достигает значительной степени, требуется совет врача.

Кроме увеличения молочных желез, под влиянием гормонов, поступивших в организм ребенка еще до его рождения из крови матери, приходится наблюдать появление слизистых, а затем кровянистых выделений из половой щели у девочек. Появляются они на 5—7-й день жизни и держатся 1—2 дня. Также к нормальным явлениям, возникающим под влиянием гормонов матери, относятся наблюдаемые иногда у девочек отеки больших половых губ, а у мальчиков — отек мошонки, которые появляются сразу после рождения и держатся несколько дней. Особого лечения при этом не требуется. Следует только чаще подмывать девочек теплым раствором марганцовокислого калия 1 : 5000—1 : 8000.

Физиологическое падение веса. Так называемая физиологическая убыль веса — это заметное снижение веса ребенка в первые 3—4 дня жизни. Большинство детей теряют около 6—9% первоначального веса. У правильно вскармливаемых здоровых доношенных детей весовая кривая с 4—5-го дня начинает снова повышаться и достигает первоначальной цифры к концу первой — середине второй недели. Происходит так называемое восстановление первоначального веса.

На величину физиологической убыли веса оказывает влияние ряд факторов (течение родов, интенсивность родовой травмы, степень доношенности и зрелости, длительность желтухи и особенно количество высасываемого молока и получаемой жидкости). У детей слабых, вяло и лениво сосущих, при малом количестве молока у матери падение веса продолжается дольше и это, безусловно, не следует считать нормальным явлением. Правильное вскармливание (определяемое регулярным взвешиванием ребенка при каждом кормлении с целью точно знать количество высас-

сываемого молока) и достаточное введение жидкости в течение первых дней должны уменьшить размеры первоначальной потери веса и способствовать быстрому его восстановлению.

Транзиторная лихорадка. Температура тела ребенка в течение первых 2—3 недель очень лабильна (т. е. подвержена значительным колебаниям). Перегревание ребенка грелками, чрезмерным укутыванием может вызвать у него повышение температуры. Наряду с этими чисто внешними причинами у новорожденных иногда наблюдается так называемая переходящая, или транзиторная, лихорадка. Повышение температуры происходит обычно на 3—4-й день, иногда достигая очень высоких цифр. Повышенная температура держится 3—4 часа, иногда более суток, и в большинстве случаев мало отражается на самочувствии ребенка. Лишь иногда при этом наблюдается временный отказ от пищи и заметное беспокойство. Кожные покровы при этом бледнее, чем обычно, но губы и слизистые оболочки рта сухие и красные.

Дети, имеющие большой вес, лихорадят чаще. Обычно им не хватает молока и они требуют дополнительного введения жидкости.

Транзиторная лихорадка очень редко наблюдается у детей с незначительной первоначальной убылью веса. Появление такой лихорадки у новорожденного часто следует считать результатом плохого ухода за ним в детской палате; в большинстве случаев налицо выраженное обезвоживание ребенка вследствие недостаточного количества молока или введения ограниченного количества жидкости в виде питья и перегревание ребенка вследствие несоблюдения температурного режима. Хотя транзиторная лихорадка не опасна для новорожденного и быстро проходит, все же сестра должна сообщить детскому врачу о повышении температуры у ребенка.

При транзиторной лихорадке никакого медикаментозного лечения не требуется. Необходимо увеличить количество вводимой ребенку жидкости (кипяченая вода, чай, 5% раствор глюкозы, физиологический раствор поваренной соли) и обеспечить ему необходимое количество грудного молока (при гипогалактии матери назначают докорм пастеризованным грудным молоком).

Организация ухода за новорожденным

Наиболее существенными моментами обслуживания детей периода новорожденности являются асептика и естественное вскармливание.

Снижение заболеваемости и смертности новорожденных зависит как от квалифицированного и заботливого ухода, так и от того, насколько разумна и продумана организация работы в данном детском отделении.

Если условия окружающей среды (помещение, температурный режим, вскармливание, уход и многие другие) будут строго соответствовать требованиям, предъявляемым организмом новорожденного, то это даст возможность сохранить здоровье ребенка в период новорожденности. Поэтому такое важное значение приобретает правильная организация обслуживания новорожденного.

В больших родильных домах с количеством детских коек 50 и больше выделяются детские отделения с заведующим — врачом-педиатром.

Детское отделение родильного дома должно иметь следующие палаты.

1. Комнаты для новорожденных при родовой палате. В ней проводится первый туалет новорожденного, и ребенок остается здесь в течение 2 часов. В больших родильных домах эта комната должна обслуживаться отдельным сестринским постом. В небольших родильных домах, где отдельный сестринский пост выделить нельзя, такую комнату лучше не организовывать, а для обслуживания новорожденного ребенка отводить наиболее изолированную часть родильного зала. Здесь обычно ставят столик, на котором производится первый туалет новорожденного, 1—

2 кровати и 1—2 кувеза для недоношенных детей, лампы-рефлектор. Новорожденных детей в этих условиях до перевода их в детскую палату обслуживает акушерка, принимающая роды.

В небольших родильных домах в родильной комнате ставится лишь пеленальный стол, на котором производится профилактика бленнореи и перевязка пупочного канатика; после этого ребенка завертывают в стерильное белье и сразу передают в детское отделение.

2. Палаты для здоровых детей (физиологическое детское отделение). Каждая палата физиологического отделения должна обслуживаться одним или двумя сестринскими постами в зависимости от количества детей.

Наличие нескольких небольших детских палат в физиологическом отделении родильного дома позволяет соблюдать цикличность заполнения палат, облегчает соблюдение санитарно-гигиенических норм и имеет огромное значение для профилактики инфекции.

При отделении для здоровых новорожденных желательно иметь несколько закрытых боксов для временной изоляции заболевших детей здоровых матерей.

Для недоношенных и слабых детей выделяется отдельная палата со специальным оборудованием, усиленным отоплением и отдельным сестринским постом. В больших родильных домах палаты недоношенных детей следует выделить в самостоятельное отделение со своим штатом. В маленьких родильных домах надо выделить для недоношенных детей часть общей палаты, отделив ее стеклянной перегородкой и специально оборудовав всем необходимым инвентарем.

В физиологическом отделении новорожденные находятся до момента выписки домой.

Заболевшие и изолированные в боксы дети в зависимости от характера их болезни остаются в боксах до выздоровления либо переводятся во второе (сомнительное) отделение или в детскую больницу.

3. Детские палаты во втором (сомнительном) отделении родильного дома. Они должны быть маленькими и обязательно иметь несколько закрытых боксов и передвижных боксов-ширм. Во втором отделении находятся дети больных матерей; сами дети в большинстве случаев здоровы.

Дети здоровых матерей, заболевшие в физиологическом отделении родильного дома, в случае необходимости изолируются во второе отделение.

4. Детская палата при септическом отделении родильного дома. Эта палата обязательно должна быть боксирована. В эти боксы помещают детей от матерей с послеродовыми септическими заболеваниями, если ребенка прикладывают к груди матери.

Изолированное септическое отделение бывает только при больших родильных домах. Палату для детей должна обслуживать отдельная сестра.

Купают детей по назначению врача в детской комнате; детей, находящихся во втором и септическом отделениях, купают не вынося из боксов.

5. Комната для выписки детей домой. В этой комнате должен быть пеленальный стол с клеенчатым матрацем. Здесь ребенка переодевают в домашнюю одежду, показывают матери и отдают ей.

Провожаящая ребенка сестра напоминает матери правила ухода за ребенком.

В небольших родильных учреждениях невозможно выделять самостоятельные отделения новорожденных, но и в этом случае детей обязательно следует помещать в отдельную палату и обслуживать их отдельным сестринским постом под руководством педиатра, работающего на правах ординатора.

Наконец, в колхозных родильных домах или родильных отделениях сельских больниц большей частью не удастся выделить отдельную детскую палату, и тогда кровати новорожденных ставят в послеродовой палате, но непременно отдельно от материнских и как можно дальше от них. Обслуживание новорожденных проводится в этой обстановке акушеркой под наблюдением врача-акушера; по мере надобности для консультативной помощи вызывают врача-педиатра из районной детской консультации.

Уход за новорожденными в родильных учреждениях возлагается на средний медицинский персонал — акушерок и медицинских сестер. В детских палатах санитарки должны выполнять обязанности по уборке помещений и белья, они также наливают грелки, но непосредственного участия в уходе за новорожденными не принимают. Следует подчеркнуть, что уборщицы-санитарки играют очень большую роль в жизни детских палат. От их четкой работы под контролем дежурной сестры зависит чистота и порядок в отделении — основа жизни и здоровья новорожденных.

Все ответственные мероприятия — дача лекарства, перевязки, лечебные процедуры, ультрафиолетовое облучение ртутно-кварцевой лампой, ванны и др. — лежат на обязанности акушерки или сестры, так же как уход за слабыми и больными детьми.

Сестринский уход за новорожденными — это ответственная, серьезная и нелегкая задача, которая требует и больших медицинских знаний, и технических навыков, и общего развития.

Помещение. Помещение для новорожденных должно быть сухим, теплым, очень светлым и просторным. На каждого новорожденного должно приходиться 2,5 м² полезной площади, на недоношенного — 4 м². Паркетные полы в палате для новорожденных недопустимы; наиболее приемлемы полы, покрытые линолеумом или окрашенные масляной краской. Часть стен (панели) должна быть окрашена светлой масляной краской. Детские палаты должны иметь высоту не менее 3,5 м. В условиях жаркого климата палаты новорожденных не должны быть обращены на освещенную солнцем сторону. В палатах новорожденных, а также в родовой и материнских палатах необходимо поддерживать постоянную, без резких колебаний, температуру. В больших родильных домах следует обращать особое внимание на температуру и движение воздуха в коридорах, по которым детей перевозят на кормление к матерям: во время перевозки детей сквозняки недопустимы.

В родильном зале температура должна быть 20—22°, в детских палатах—22—23°, в палатах недоношенных и ослабленных детей — 24—26°. В летнее время следует обращать внимание на то, чтобы палаты новорожденных не перегревались. Оконные стекла можно снаружи покрыть густым слоем мела. На окна надо вешать белые занавески, защищающие от солнца. Для охлаждения воздуха пол следует чаще смачивать водой, развешивать смоченные в холодной воде простыни, ставить сосуды со льдом или холодной водой.

Вентиляция лучше всего обеспечивается фрамугой или форточками. Очень хорошо использовать для проветривания электрические вентиляторы, так как при этом можно проветривать палату, не вынося из нее детей. На время пеленания вентиляторы следует выключать во избежание охлаждения новорожденных. Очень важно, чтобы форточки и фрамуги легко открывались и плотно, надежно закрывались как зимой, так и летом.

В суровых условиях северного климата форточки при проветривании можно затягивать марлей в два слоя. При этом резкая струя холодного воздуха, неизбежная при открытой форточке, отсутствует, холодный воздух поступает медленно и в детской палате поддерживается более или менее ровная температура. Проветривание палат должно проводиться 6—7 раз в сутки, в то время, когда дети находятся на кормлении у матерей. Детей, которых не носят на кормление, следует хорошо укрыть и загородить от потока свежего воздуха ширмами.

Детская палата должна быть рассчитана максимум на 25 детей.

Для недоношенных и ослабленных детей необходима отдельная палата с дополнительными обогревательными приборами (лучше всего большие электрические лампы-рефлекторы или электрические калориферы-камины). В родильных домах, где отсутствует цикличность заполнения палат, должна быть одна постоянно свободная палата (запасная) в каждом отделении родильного дома. В эту палату переносят новорожденных во время очередной генеральной уборки и дезинфекции детских палат.

В детском отделении родильного дома желательно иметь две открытые веранды с тентами (одну в физиологическом отделении, другую — во втором) для прогулок с детьми, которые находятся в родильном доме из-за болезни матери или недоношенности.

Независимо от числа коек при каждом отделении должен быть изолятор, боксированный или хотя бы снабженный достаточным числом передвижных полузастекленных ширм.

При отделениях новорожденных должны быть и подсобные комнаты административно-хозяйственного назначения: ординаторская, бельевой склад для хранения чистого белья, а также склад для хранения грязного белья.

В больших родильных домах, где хорошо налажен сбор грудного молока, желательна специальная комната — сливной пункт грудного молока. На этом пункте собранное грудное молоко разливают в бутылочки, стерилизуют и хранят в леднике, откуда его выдают во все отделения родильного дома, а также в другие детские учреждения (больницы, дома ребенка и т. д.).

Оборудование помещения. Оборудование палат новорожденных должно быть очень простым. Совер-

шенно недопустимы украшения, цветы, картины, лишняя мебель и др.

В палатах помещают детские кроватки, один пеленальный стол (удобна конструкция столика со шкафчиком для хранения чистого белья), стол для осмотра детей врачом, стол для записей в историях развития новорожденных, столик (рис. 1), на котором находятся на стерильной

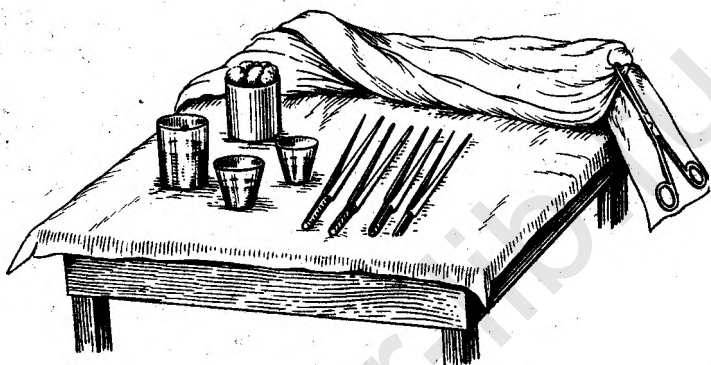


Рис. 1. Стерильный стол.

пеленке прокипяченные пинцеты, пипетки, резиновые баллоны, ватные стерильные шарики, несколько прокипяченных мензурок с медикаментами, необходимыми при уходе за новорожденными. В шкафчике хранятся медикаменты, предметы ухода, перевязочный материал в небольших биксах.

Около пеленального стола должна быть раковина со смесителем для подмывания детей. Если ее нет, необходимо иметь педальный умывальник или в крайнем случае эмалированный либо алюминиевый бак для кипяченой воды с краном, к которому прикреплена длинная ручка (чтобы сестра могла закрывать кран локтем). Здесь же должно быть туалетное мыло в мыльнице и прокипяченные щетки (обязательно в закрытой посуде: стерилизаторе, кастрюле).

В палате обязательно должен быть металлический бак с педальной крышкой для сбрасывания при пеленании грязного белья. Целесообразно в бак вставить клеенчатый мешок, который необходимо освобождать и дезинфицировать после каждого пеленания. В палате должны быть так-

же небольшие банки с крышками для грязных, использованных при уходе за детьми пинцетов; несколько стульев или табуреток. На пеленальных столах должны быть клеенчатые белые плоские матрацы, сшитые по размету стола. После пеленания ребенка клеенчатый матрац протирают дезинфицирующим раствором.

Очень удобны для работы круглые, легко вращающиеся пеленальные столы с 3—4 секторами, отделенными деревянными бортами. Они экономят время врача и персонала при осмотре детей, так как пока врач осматривает ребенка, сестра подготавливает на соседнем секторе следующего, а матрац на свободном секторе обрабатывают дезинфицирующим раствором, причем отлично выдерживается необходимая экспозиция. В каждой палате необходимо иметь настенный термометр.

Инвентарь. Количество жесткого и мягкого инвентаря должно быть достаточным для того, чтобы обеспечить правильный уход за новорожденными.

Кроватки должны быть достаточной высоты, металлические, окрашенные белой эмалевой краской. Очень удобны кроватки с опускающимися боковыми стенками и частыми перекладинами.

Матрацы должны быть наполнены морской травой или конским волосом (не шерстью), ватой, либо, за неимением другого материала, тонкой мягкой укупорочной стружкой. Перины из пуха или перьев совершенно неприемлемы. Подушки для новорожденных не нужны. Матрац покрывают клеенкой, а сверху застилают простынкой. При необходимости создать ребенку возвышенное положение в кроватке под матрац в изголовье кладут небольшую плотную подушку в клеенчатом чехле или же фанерный косяк.

Одежда новорожденных обязательно должна соответствовать своему назначению, т. е. защищать ребенка от охлаждения и одновременно быть гигроскопичной. Швы на пеленках недопустимы; распашонки и кофточки не должны иметь толстых, грубых швов или пуговиц.

Одеяла для осенне-зимних месяцев надо иметь байковые, для летних — тканевые. В условиях южных районов летом можно обходиться без одеял, заменяя их тонкой пеленкой. Для детей с глубокой степенью недоношенности нужно иметь простеганные ватные конверты.

Белья должно быть достаточное количество. Норма на одни сутки и на одну штатную детскую койку: пеленок тон-

ких 20, пеленок теплых 10, пеленок-подгузников 20, одеяльчиков 2, простынок 1, распашонок 3, кофточек 3, конвертов хлопчатобумажных 1.

Размеры пеленок: теплых 100×80 см, легких 80×80 см, пеленок-подгузников 50×50 см; конвертов хлопчатобумажных: ширина 1 м, длина с капюшоном 1 м.

Детское белье необходимо стирать изолированно от белья других отделений рōдильного дома. ...

Все детское белье, поступившее в отделение из прачечной, стерилизуют в автоклаве или обязательно тщательно проглаживают горячим утюгом непосредственно перед употреблением в специально выделенной небольшой комнате, где ставят стол для глажения и шкаф для хранения чистого белья. Перед глажением санитарка должна снять халат, в котором занималась уборкой, надеть чистый и тщательно вымыть руки.

В детском отделении должны быть ванночки, эмалированные или из оцинкованного железа, из расчета одна ванночка на 20—25 детей.

В больших родильных учреждениях для перевозки детей из детской палаты к матерям для кормления хорошо пользоваться каталкой. Ее делают на колесах с пневматическими шинами для бесшумной перевозки детей. Сверху каталка имеет сетку, окруженную по краям невысоким бортом. Каталка должна быть всегда в исправности и совершенно чистой. На ней постоянно должен находиться матрац в клеенчатом чехле, размеры которого должны совпадать с верхней поверхностью каталки (от борта до борта). Сестра должна следить, чтобы санитарка перед раздачей детей и после их сбора тщательно протираала клеенчатый матрац и барьеры каталки свежим дезинфицирующим раствором.

На каталке можно отделять одного ребенка от другого, устраивая для каждого «гнездо». Делают это так. От одного барьера каталки до другого (поперек каталки) натягивают толстую проволоку или закрепляют отдельные металлические прутья на таком расстоянии один от другого, чтобы между ними было место для одного ребенка. Затем на всю каталку набрасывают большую простыню, на которую затем кладут детей. Под тяжестью ребенка простыня опускается и ребенок оказывается в своем «гнезде», отделенный от других детей простыней, спускающейся с прутьев.

Иногда на каталках устраивают неподвижные перегородки из фанеры, выкрашенной светлой масляной краской.

Каталка должна быть рассчитана не более чем на 10 детей и иметь примерно следующие размеры: длина 2 м, ширина 70 см, высота (с бортами) 90 см, высота борта 15 см.



Рис. 2. Предметы ухода.

Медицинский инвентарь и предметы ухода (рис. 2). В детской палате родильного дома должен быть следующий инструментарий и предметы ухода:

- 1) биксы для стерилизации материала;
- 2) грелки;
- 3) ножницы хирургические;
- 4) ножницы для ногтей;
- 5) пинцеты хирургические и анатомические;

- 6) шприцы на 1, 2, 5, 10 и 25 г;
- 7) кислородные подушки;
- 8) шпатели;
- 9) зонды желудочные № 12, 13, 14;
- 10) зонды желобоватые и пуговчатые;
- 11) скальпели;
- 12) термометры медицинские максимальные;
- 13) термометры водяные;
- 14) термометр настенный;
- 15) баллоны резиновые для клизм;
- 16) чайные ложки;
- 17) соски;
- 18) градуированные бутылочки;
- 19) пипетки;
- 20) трубки (резиновые эластичные или хлорвиниловые) газоотводные;
- 21) тарелки эмалированные;
- 22) стаканы для термометров;
- 23) корнцанги или большие пинцеты;
- 24) мензурки для стерильного стола;
- 25) перевязочный материал (вата, марля, бинты);
- 26) стерилизатор для инструментария.

Стерилизация инструментария производится обязательно вне детской комнаты (в специальной комнате или даже в коридоре). Кроме того, в детской палате необходимо иметь ростомер или сантиметровую ленту и весы для взвешивания новорожденных. Количество предметов ухода и инструментария должно соответствовать числу детских коек в отделении.

Уборка помещения. Помещение, в котором находятся новорожденные, должно отвечать санитарно-гигиеническим нормам, которые устанавливаются для медицинских учреждений, и сестра должна следить за тем, чтобы эти нормы соблюдались. Так, например, дежурная сестра должна помнить, что на каждого ребенка приходится до 2,5 м² площади, и не следует допускать скученности.

Дежурная сестра обязана следить за температурой в палате новорожденных и в случае резких колебаний ее (перегрев помещения или охлаждение) попытаться устранить их или же сообщить об этом заведующему отделением.

В отделении новорожденных необходимо строго соблюдать чистоту. Уборку помещения нужно делать ежедневно и обязательно влажным способом. Пол следует мыть не менее 3 раз в сутки водой с дезинфицирующим раствором, а после каждого пеленания детей протирать влажной тряпкой.

Стенные панели, оконные переплеты, столы, стулья, ножки кроватей, тумбочки и другую мебель 2 раза в сутки надо тщательно протирать чистой влажной тряпкой и 2 раза в неделю мыть горячей водой с мылом и нашатырным спиртом.

Клеенчатые матрацы пеленальных столов и каталок нужно мыть горячей водой с мылом 2 раза в неделю. Пеленальные столы следует мыть горячей водой с мылом и нашатырным спиртом ежедневно. Общая уборка помещения производится в ночные часы.

При отсутствии цикличного заполнения палат генеральную уборку и дезинфекцию каждой палаты проводят один раз в декаду (ни в коем случае не менее 2 раз в месяц).

Бачки для грязного белья выносят из палат и тщательно моют горячей мыльной водой и ополаскивают дезинфицирующим раствором 1 раз в сутки. Краны умывальников, раковины, бачки для подмывания, ведра и др. ежедневно следует мыть горячей водой с мылом и протирать дезинфицирующим раствором (1% раствором лизоформа или 2% раствором хлорамина). Окна, двери и дверные ручки нужно ежедневно протирать. Все предметы ухода, инструменты, лотки и др. ежедневно моют горячей водой с мылом, а все, что может быть подвергнуто кипячению, кипятят. Те предметы, которые нельзя кипятить, обрабатывают дезинфицирующим раствором, согласно имеющейся инструкции.

Дежурная сестра в рабочем порядке ежедневно обязана разъяснять санитарке необходимость соблюдения чистоты и ее значение для сохранения здоровья новорожденных и предохранения их от инфекции.

Старшая сестра детского отделения два раза в месяц по намеченному плану проводит занятия с младшим медицинским персоналом, фиксируя его внимание на основных моментах работы няни детской палаты. Старшая сестра следит, чтобы для уборки отделения санитарки имели в достаточном количестве дезинфицирующие растворы.

При отсутствии детей в палате (во время их кормления) обязательно следует проводить ультрафиолетовое облучение палат ртутно-кварцевой лампой или бактерицидными лампами в течение 20—30 минут.

Требования к персоналу. В родильном доме персонал, ухаживающий за новорожденными, должен быть высококвалифицированным и строго дисциплинированным; в своей работе он должен проявлять максимум внимания и за-

ботливости по отношению к новорожденным, так как даже незначительные погрешности в уходе за детьми легко могут повлечь за собой тяжелые последствия.

Новорожденные очень восприимчивы к любой инфекции. В палаты новорожденных во избежание заноса инфекции нельзя допускать никого, кроме персонала, имеющего непосредственное отношение к новорожденным.

Детские сестры и няни, обслуживающие новорожденных, должны периодически проходить тщательный медицинский осмотр; больные туберкулезом, сифилисом, гонореей, злокачественными новообразованиями, а также различными паразитарными или инфекционными кожными заболеваниями к уходу за детьми не допускаются.

Дважды в год персонал всего родильного дома проходит рентгенологическое обследование, исследования на бациллоносительство; каждый месяц у всех работников родильного и детских отделений надо исследовать слизь из зева и носа на носительство дифтерийных палочек и гемолитического стрептококка. Ежемесячно весь персонал родильного дома обязан проходить осмотр у гинеколога и венеролога. Бациллоносительство, а также наличие симптомов гриппа, ангины и гнойничковых заболеваний кожи, являются показанием к временному освобождению от работы в родильном зале и в палате новорожденных.

При каждом недомогании или внешнем проявлении болезни сестра обязана доложить педиатру или, если его нет, дежурному акушеру, а затем обратиться к врачу районной поликлиники, который в случае инфекционного заболевания дает временное освобождение от работы.

О каждом инфекционном заболевании родственников и членов семьи, с которыми находится в контакте сестра, о семейных карантинах она должна сообщить руководителю учреждения, без разрешения которого не имеет права приступить к очередному дежурству.

К персоналу отделения новорожденных предъявляются высокие требования в отношении соблюдения личной гигиены. На работу следует выходить с коротко остриженными и чистыми ногтями. Перед началом дежурства персонал детских палат должен принимать душ, переодеваться в чистое хлопчатобумажное платье, которое следует хранить и стирать в родильном доме. Обувь — тапочки также нужно надевать лишь на время дежурства в палате и постоянно хранить в родильном доме. Обувь должна быть на кожаной или резиновой подошве (но ни в коем случае не на

войлочной), по возможности без каблучков (во избежание шума). Брать эту обувь домой и ходить в ней по улице нельзя. Шерстяные вещи носить в родильном доме не разрешается.

Новорожденных обслуживают работники акушерского и детского отделений. Между ними необходим самый тесный рабочий контакт, полный взаимного уважения и понимания.

От качества работы врачей-акушеров и акушерок, от степени их квалификации в значительной мере зависят частота и степень травмирования ребенка во время родового акта. Сестра детского отделения, принимающая от акушерки новорожденного, заполняет историю его развития, где врач-акушер обязательно записывает сведения о течении и особенностях родов. Сестра должна быть наблюдательной по отношению к новорожденным и сообщать врачу о своих замечаниях, а также аккуратно вести необходимые записи, повышать квалификацию, читать книги по своей специальности, следить за периодической литературой для средних медицинских работников.

В организации работы детского отделения наряду с врачом важная роль принадлежит старшей сестре. Она должна иметь хорошую теоретическую и практическую подготовку по уходу за новорожденными, хорошо владеть техникой всех необходимых манипуляций, быть авторитетом для всех остальных сестер, знать особенности детей и для этого по возможности участвовать в осмотре их врачом. Она должна знать и всех матерей, обходить их вместе с врачом или самостоятельно, особенно во время кормления.

Старшая сестра отвечает за выписку, хранение и расходование белья и других хозяйственных предметов, за выписку и хранение медикаментов, перевязочных материалов и инструментов. Хорошая работа старшей сестры обеспечивает высокий уровень всей работы отделения. Пользуясь большой самостоятельностью, старшая сестра в то же время находится в подчинении врача отделения, и под его руководством систематически заботится об улучшении работы отделения.

Обо всех неполадках и происшествиях старшая сестра докладывает врачу.

Дежурство сестры. Одежда сестры. Одежда и обувь персонала детского отделения, которые он носит в палате во время дежурства, должны находиться в отдельной гардеробной, а если ее нет, то в отдельном шкафу, куда ничего

другого нельзя вешать и ставить. Совершенно недопустимо, чтобы халаты и платья для дежурства хранились вместе с пальто и обувью, которые носят на улице. Шкаф для хранения одежды и обуви санитарка ежедневно должна протирать свежеприготовленным 2% раствором хлорамина или лизола. В наиболее благоустроенных родильных домах есть санитарный пропускник, в котором персонал детского отделения, приходя на работу, принимает душ и получает на каждое дежурство свежий халат и косынку. После душа сестра надевает платье из легко стирающейся материи (лучше всего светлое ситцевое) и обувь (тапочки), предназначенные для дежурства.

Работать сестра должна в хорошо застегнутом или завязанном халате; рукава обязательно должны быть засучены выше локтей. Кольца и ручные часы необходимо снять. Волосы следует аккуратно подобрать под косынку.

Придя в палату, сестра перед началом работы моет руки до локтей с мылом и щеткой в течение 5 минут. Ногти должны быть всегда коротко острижены, так как под длинными ногтями скапливается грязь. Кроме того, длинные ногти могут царапать кожу новорожденного при уходе за ним и служить источником инфекции. Применение красок и лаков для ногтей недопустимо. Самые незначительные ссадины и царапины, а также заусеницы следует смазывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени.

Сестра обязана постоянно содержать в чистоте свои руки.

Перед тем как пеленать детей, сестра должна надеть клеенчатый фартук, вымыть руки и обязательно обработать их свежим дезинфицирующим раствором. Дезинфицирующим раствором обрабатывают также фартук, пеленальный стол и клеенчатый матрац на нем после каждого пеленания всякого ребенка, независимо от того, здоров он или болен.

Перед обходом врача сестра моет руки, как перед хирургической операцией, и не отлучается из палаты (браться за дверные ручки она не должна). Если же с разрешения врача сестра отлучается во время обхода, она по возвращении должна опять мыть руки.

Если детской сестре приходится ухаживать за больным ребенком, находящимся в боксе, она во избежание переноса инфекции должна надеть второй халат, специально предназначенный для ухода только за этим ребенком. Проведя необходимые манипуляции по уходу за больным ре-

бенком, сестра должна снять этот халат, обработать руки дезинфицирующим раствором, а затем тщательно вымыть их с мылом. Желательно, чтобы вода для мытья рук персонала была кипяченой, особенно в сельских местностях, где нет водопровода.

Сестра должна постоянно помнить, что инфекция легко передается от больного ребенка здоровому через руки обслуживающего детей персонала и через предметы ухода, если не соблюдается должная чистота. Надо иметь достаточное количество масок, чтобы персонал мог часто менять их в течение дежурства (каждые 4—5 часов).

Акушерка родильного зала должна надевать свежую маску перед каждым рождением. Пребывание в родовой комнате или в детской палате без маски является грубым нарушением дисциплины.

Перед кормлением детей матери должны чисто вымытыми руками надеть маску, обязательно закрыв ею не только рот, но и нос. Маски матерей надо менять не реже 2 раз в сутки, а по возможности и чаще. При малейшем подозрении на кашель, насморк, ангину кормящих матерей необходимо изолировать. Перед каждым кормлением им дают свежую маску; мать должна надеть маску, снова вымыть руки и только после этого кормить ребенка.

Смена дежурства. Чрезвычайно важным моментом в работе медицинской сестры является смена дежурства. Чем подробнее она узнает от сдающей ей смену сестры о состоянии детей в палате, назначениях врача, тем лучше она сумеет выполнить свои обязанности.

Придя на работу, сестра переодевается и приступает к приему дежурства. Обе сестры — сдающая и принимающая — подходят к каждому ребенку и сдающая сестра сообщает о нем все: здоров или болен ребенок, что ему назначено врачом, какие назначения уже выполнены, какие остались выполнить сестре, принимающей дежурство, чтобы доложить об этом врачу. Все назначения и их выполнение принимающая дежурство сестра должна сверить по записи в тетради назначений. Она обязательно сверяет число детей в палате и наличие историй развития новорожденных по счету, чтобы потом не было никаких недоразумений.

Кроме того, сестра принимает инвентарь, передаваемый с дежурства на дежурство, осведомляется о количестве белья, медикаментов, стерильного материала. Принимающая дежурство сестра должна проверить чистоту детской палаты, где ей предстоит работать. Сдающая смену сестра

должна рассказать о всех происшествиях и упущениях; помимо этого сестра, вступающая на дежурство, должна сама спросить обо всем, что ей не вполне ясно, и проверить, имеется ли все нужное для работы.

Сестра, принявшая смену, должна сообщить обо всех упущениях или неполадках старшей сестре или врачу отделения, а если их нет в данный момент, то дежурному врачу родильного дома и сделать запись об этом в дневнике отделения за своей подписью. По возможности она должна устранить все неполадки, а в случае необходимости обязана обратиться за помощью к старшим товарищам.

Принимая смену, сестра должна развернуть и осмотреть больных, слабых детей, детей с опрелостями. Здоровых детей развертывать не нужно. Если смена сестер совпадает с моментом пеленания детей перед кормлением, то можно развернуть и осмотреть всех детей; при осмотре же только больных, ослабленных детей и детей с кожными заболеваниями сестра, принявшая дежурство, во время первого пеленания должна тщательно осмотреть всех новорожденных и записать в дневнике отделения все те явления, которые не указала или пропустила предыдущая смена.

Ведение историй развития новорожденных. Документация, т. е. правильное ведение записей в истории развития новорожденных, имеет очень большое значение.

В тех случаях, когда в родильном зале роды происходят у нескольких рожениц сразу, а документация проводится небрежно и ее порядок недостаточно продуман, не исключена возможность подмены одного ребенка другим. Поэтому в родильном доме в этом отношении необходима строжайшая дисциплина и очень тщательный контроль.

Ответственность за это несет дежурный врач, принимающий роды, акушерка родильного зала и детская сестра, которая пришла в родильный зал взять новорожденного.

По документации, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, акушерка записывает в истории родов на определенном месте (в левом нижнем углу первой страницы истории родов) час, минуты по 24-часовой системе, число, месяц и год, пол ребенка, в правом верхнем углу второй страницы детская сестра (через 2 часа после рождения ребенка) записывает пол, вес, рост и окружность головки.

Эти же данные записывают в историю развития ребенка.

По инструкции Министерства здравоохранения СССР номера кроватей ребенка и матери должны совпадать. В случае, если номера кроватей не совпадают, в истории

родов матери обязательно должен быть проставлен номер кровати ребенка.

Ниже (см. стр. 40, вклейка) приводится форма истории развития новорожденного.

Дежурный врач делает пометку о течении родов, их особенностях, о состоянии ребенка при рождении. Особенно подробными должны быть сведения о течении родов, а также о наличии асфиксии у ребенка, об ее продолжительности, мерах, применявшихся к оживлению ребенка (перечислить все применяемые средства и медикаменты с указанием дозировки и времени введения). Это имеет очень большое значение, так как при повторных приступах асфиксии некоторые медикаменты можно вводить повторно лишь по прошествии значительного промежутка времени.

Ребенку надевают на обе руки клеенчатые браслетки, на которых написан номер истории родов матери, число, месяц, год, фамилия, имя, отчество матери, пол ребенка, номер детской кровати и номер родильного дома (последняя отметка делается лишь в больших родильных домах).

Кроме того, на шею ребенка надевают на марлевом бинте так называемый медальон, или паспорт, сделанный из клеенки, на котором повторяются все те же сведения, что и на браслетах. В некоторых родильных домах этот паспорт закрепляют поверх запеленутого ребенка в виде пояса. В других родильных домах к одеялу ребенка привязывают металлический жетон с номером, соответствующим номеру кровати: номер этот, как и паспорт, должен находиться спереди, чтобы он был ясно виден при раздаче детей матерям для кормления.

При раздаче детей для кормления медицинская сестра, давая ребенка матери, спрашивает у нее фамилию, пол ребенка, сличает с данными паспорта и лишь после этого подает ребенка матери. Особенно важно это делать при первом кормлении. Перед выпиской сестра также тщательно сверяет данные паспорта, браслеток, номера кроватей матери и ребенка, чтобы полностью была исключена возможность подмены детей.

Медицинская сестра детской палаты не имеет права принимать ребенка с неудовлетворительной документацией, в частности без номера на кровати; она не имеет права без врача делать какие-либо исправления в документации.

Детская сестра записывает в тетрадь для сдачи дежурств даты и фамилии детей, родившихся во время ее дежурства.

Старшая сестра детского отделения заносит необходимые сведения о новорожденном в два журнала: журнал учета новорожденных, поступивших в детское отделение (родившихся в данном родильном доме, дома, а также переведенных почему-либо из других родильных домов или поступивших вновь из дома с заболевшей матерью), и журнал учета новорожденных, вакцинированных против туберкулеза.

Историю развития новорожденного начинают заполнять в родильном зале. После того как будут записаны все сведения о ребенке, детская сестра ставит свою подпись, а выше ставят в соответствующих местах свои подписи дежурный врач и акушерка, принимавшие роды.

В дальнейшем детская сестра, ухаживающая за новорожденным, должна регулярно записывать в истории развития новорожденного данные об утренней и вечерней температуре, весе, состоянии ребенка, количестве высасываемого из груди или из соски молока, а также о выполненных лечебных назначениях (обязательно за подписью дежурной сестры).

Излишне говорить, насколько важна добросовестность и точность при заполнении этих граф детской сестрой. Записи должны быть аккуратными, разборчивыми, без помарок. Они необходимы для того, чтобы судить о состоянии ребенка, характере возможных болезненных состояний и результате лечебных мероприятий.

Врач при первом осмотре делает подробную запись в истории развития новорожденного; при этом очень важно правильно отразить общее состояние ребенка, поступившего в детское отделение. В дальнейшем врач делает ежедневные записи, которые должны также дать ясное представление о состоянии ребенка на день осмотра.

Работа с врачом. Утром, разнося новорожденных на первое кормление, детская сестра ночной смены обязана привести в полный порядок свою палату и истории развития новорожденных для сдачи дежурства дневной смене.

Дневная смена должна подготовить детскую палату к обходу врача. Подготовка эта состоит в следующем: вступающая на дежурство сестра осведомляется о состоянии детей, их числе, особенностях, о том, как прошло ночное дежурство, проверяет, есть ли у нее все необходимое для работы — лекарства, инструментарий, перевязочный стерильный материал, достаточно ли пеленок. Она обязана проверить, тщательно ли сделана санитаркой уборка дет-

ской палаты ночью и потребовать чтобы недоделки были тут же устранены.

В палате должно быть не только чисто, но и опрятно, все предметы должны находиться на своих местах. Столик, за которым ведется документация, накрывается свежей салфеткой; на него сестра кладет истории развития новорожденных по порядку номеров на кроватях, а также фонендоскоп в стерильной пеленке, протертый ватным шариком, смоченным спиртом. Затем сестра моет руки, как для хирургической операции, по способу, принятому в данном родильном доме, вытирает их стерильной пеленкой и начинает накрывать стерильный стол к обходу врача. На столик или тумбочку она стелет две стерильные пеленки так, чтобы они лежали одна в другой в виде папки, откидывает кзади край пеленки в виде складки и выкладывает стерильным корнцангом на стол прокипяченные стаканы или мензурки, стерильные пинцеты по числу детей в палате, стерильные тампоны на палочках. В стакан или банку сестра выкладывает из бикса стерильные марлевые салфетки. В расставленные на стерильном столе мензурки или небольшие стаканчики она наливает (предварительно нужно слить жидкость с горлышка) необходимые для туалета и ухода за новорожденными медикаменты: раствор марганцовокислого калия 1 : 8000, 25% раствор буры в глицерине, 3% синтомициновый спирт, 5% настойку йода, 5% раствор марганцовокислого калия (для обработки пупочной раны), риваноловый спирт или другие медикаменты, принятые в данном родильном доме при уходе за новорожденным.

В бак для подмывания детей или педальный умывальник должна быть заранее налита теплая кипяченая вода. Санитарка подготавливает нужное для пеленания количество глаженных согретых пеленок, вешает свежее полотенца для врача и сестры, приносит свежeproкипяченные щетки для мытья рук перед обходом. Все это делается для того, чтобы обход врача мог быть начат без напрасной потери времени.

Сестра рассказывает врачу о том, как прошло ночное дежурство, о всех происшествиях, о состоянии больных и ослабленных детей, о заболевших детях, о детях, изолированных ввиду подозрения на инфекционные заболевания. Врач дает необходимые распоряжения и советы, а затем приступает к осмотру новорожденных.

Сестра берет детей или по порядку номеров кроватей, или же по указанию врача. Правильнее первыми для ос-

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Родился _____ 196_ г. ____ ч. ____ м.	Фамилия матери _____	Приемный журнал № _____
Поступил _____	Имя _____ Отчество _____	Кровать ребенка № _____
Выписан _____ 196_ г. ____ ч. ____ м.	Возраст _____ Народность _____	Палата матери № _____
Умер _____	Профессия _____	
Переведен _____ 196_ г.		
Куда _____		

Наследственность со стороны	матери _____ отца _____	Бытовые условия _____ семьи _____
-----------------------------	----------------------------	--------------------------------------

Которые роды _____ Продолжительность родов _____ Характер родов, наименование операций и другие замечания _____

Родовые травмы (переломы ключицы и др.) _____

Пороки развития _____

Уродства _____

Болезни новорожденных (диагноз заболевания) _____

Пол	Роды одноплод- ные, много- плодные	Родился живым, мертвым	Асфиксия			Доношен- ный, не- доношен- ный	Цвет ко- жи и слизистой	Крик	Пуповина перевязан- на через	Вес	Длина	Окружность			
			продол- житель- ность	меры к ожив- лению	оживлен, не ожив- лен							головы	груди	живота	

Дежурная акушерка _____ Дежурный ординатор _____

Дата _____

День жизни	I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII		IX		
	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	
Температура																			
Вес																			
Глаза																			
Кожа																			
Рот																			
Когда взял грудь, сила сосания																			
Крик																			
Исπραжнения																			
Мочеполовые органы																			
Пуповина																			

Особые замечания: _____

Передала ребенка _____
подпись дежурной акушерки
Приняла ребенка _____
подпись дежурной сестры

Дата	День	Дневник	Диета и лечение
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		

Количество полученного молока

День после рождения	I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII		IX	
	грудное	до кормл.	грудное	до кормл.	грудное	до кормл.	грудное	до кормл.	грудное	до кормл.	грудное	до кормл.	грудное	до кормл.	грудное	до кормл.	грудное	до кормл.
В час.																		
В час.																		
В час.																		
В час.																		
В час.																		
В час.																		
В час.																		
В час.																		
Всего																		

Состояние при выписке (или протокол вскрытия) _____

Главный врач _____
подпись

Палатный ординатор _____
подпись

Передала ребенка _____
подпись сестры

Приняла ребенка _____ Дата _____ 196 г.
подпись матери

мотра подавать детей, родившихся в течение последних суток, а затем уже более старших детей. Сестра должна подать ребенка чистым, в чистых пеленках (однако не следует выбрасывать в бак для белья грязный подгузник, если ребенок помарался, так как врач должен видеть характер стула). Сестра должна сообщить врачу все, что ей известно об особенностях поведения данного ребенка. Врач дает указания, какие манипуляции должна произвести сестра, иногда сам обрабатывает пораженные места на коже или пупочную рану, а затем делает в истории развития ребенка запись о его состоянии и назначении лечения. Сестра в это время пеленает ребенка и подает для осмотра следующего.

Чаще всего врач осматривает новорожденных на пеленальном столе (иногда ставят два таких стола, чтобы ускорить обход: пока врач осматривает одного ребенка, сестра готовит второго рядом на другом столе), но в некоторых родильных домах принято проводить осмотр новорожденных в кроватях.

Во время осмотра врача сестра не должна спешить, но работать четко и достаточно быстро. Однако при большом количестве детей врач не успевает закончить осмотр к началу кормления. Поэтому с наступлением часа кормления сестра раздает детей матерям и врач обходит тех матерей, дети которых уже были осмотрены во время обхода. После окончания кормления сестра собирает новорожденных и врач продолжает осмотр детей.

Во время обхода весьма желательно присутствие старшей сестры, которой врач дает указания. Иногда возникает срочная необходимость в том или ином лекарстве, которого нет в аптеке детской палаты, и старшая сестра должна немедленно принять нужные меры для его получения.

Закончив осмотр детей, врач сам производит наиболее сложные манипуляции: внутривенное введение различных лекарств, внутривенное переливание крови, спинномозговую пункцию, вскрытие абсцессов, перевязки после операции и т. д. Врачу помогает сестра, которая должна заранее подготовить инструментарий, стерильное белье, перевязочный материал, медикаменты. Сестра должна уметь правильно подавать все нужное для манипуляции, а также правильно держать ребенка. Врач показывает предварительно сестре, как надо держать ребенка при той или другой манипуляции. Сестра должна позаботиться, чтобы при этом не произошло охлаждения ребенка, прикрывает его

теплой пеленкой, укладывает на грелку или ставит поблизости рефлектор.

Сестра является очень хорошим помощником врача, если она умеет правильно подготовить все нужное для проведения сложной манипуляции и со знанием дела помогать при этом. Если же сестра не может чего-либо сделать или что-то недопоняла, она должна тут же попросить подробно разъяснить ей или показать, как следует поступить в том или ином случае.

Сестра, начинающая работать в детском отделении, может научиться необходимым манипуляциям у более опытных сестер, старшей сестры, врача. Регулярно проводимые сестринские конференции, на которых врач и сестра делают доклады и демонстрируют практическое выполнение тех или иных приемов и манипуляций, также способствуют повышению знаний детских сестер. Умелые, опытные сестры во многом облегчают работу врача.

Хранение лекарств. Выписку необходимых для детского отделения лекарств и перевязочного материала, получение их из аптеки и хранение полностью должна осуществлять старшая сестра детского отделения. В ее личном ведении должен находиться специально выделенный шкаф для кратковременного хранения медикаментов и перевязочного материала. Аптечный шкаф следует содержать в образцовом порядке. Ежедневно старшая сестра должна протирать его специально чистым полотенцем, смоченным горячей водой или 1% раствором лизола. На медикаментах должны быть чистые, четко написанные этикетки с указанием даты приготовления лекарства, флаконы должны иметь плотно пригнанную пробку. Все лекарства должны быть расположены в строго определенном порядке в зависимости от способа употребления: внутренние отдельно от наружных (лучше, если они будут находиться на отдельных полках, обозначенных надписями).

Сильнодействующие средства должны храниться у старшей сестры под замком и выдаваться в руки врача или дежурной сестры в количестве не более суточной дозы с соответствующим наставлением.

Дежурные детские сестры отделений получают от старшей сестры необходимые лекарства, перевязочный материал и помещают их в небольшой аптечный шкафчик (чаще висящий на стене для удобства пользования) (рис. 3). Сильнодействующие средства (относящиеся по Фармакопее к группе А и Б) не должны храниться в детской комнате.

Дежурная сестра и санитарка, получив перевязочный материал, тщательно моют руки и начинают готовить материал для стерилизации. Они заготавливают небольшие ватные шарики, ватные жгутики для носа и ушей, марлевые салфетки для перевязки культи пуповины, укладыва-

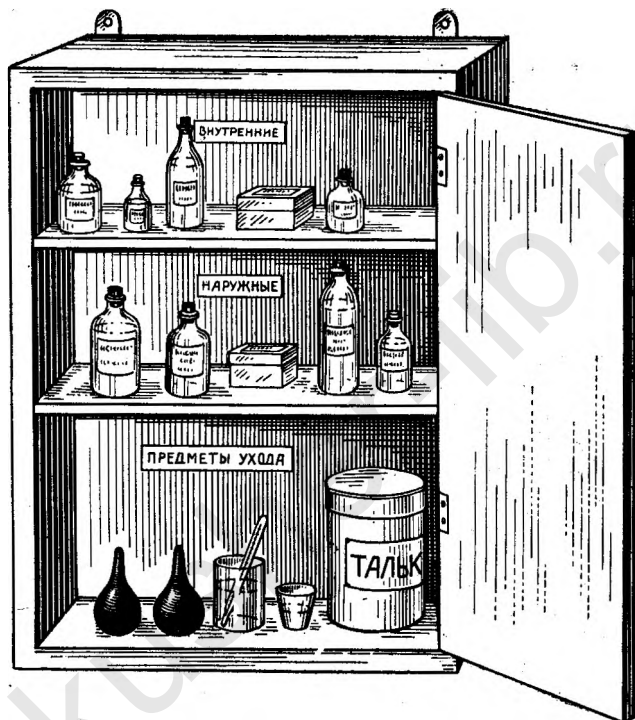


Рис. 3. Аптечка.

ют все это в биксы и сдают их в автоклавную для стерилизации. Отдельно в большой бикс укладываются пленки для стерилизации. Детская сестра обязана прикреплять к крышке бикса клеенчатую этикетку, на которой чернилами делается надпись «детская комната такого-то отделения»; указывается дата закладки и стерилизации материалов.

После окончания стерилизации биксы берут в детскую палату. Дежурная сестра должна следить, чтобы биксы всегда были плотно закрыты. Санитарке детской палаты запрещается доставать из биксов стерильный материал.



Обслуживание новорожденного в родовом блоке и в детской палате

Первый туалет новорожденного. Первый туалет новорожденного ребенка — очень серьезное и ответственное мероприятие. К нему следует подготовиться заранее. Для первого туалета ребенка необходим ряд стерильных предметов. Их стерилизуют в биксах отдельно или же в виде наборов или пакетов, в которых содержится все необходимое для первого туалета новорожденного.

В такой пакет перед стерилизацией укладывают одеяло, пеленки (иногда распашонку и кофточку), несколько ватных тампонов для осушения век, перед закапыванием в глаза 2% раствора ляписа, пипетки, две тесьмы для перевязки пуповины, повязку на пуповину, браслетки для рук, клеенчатый паспорт или медальон. Пакеты складывают в биксы большого размера и стерилизуют. Количество пакетов должно быть достаточным (учитывая наибольшее возможное число родов за сутки в данном родильном доме); лучше иметь больше пакетов, чем требуется.

В некоторых родильных домах пакеты не заготавливаются заранее, а необходимые предметы — глазная пипетка, лигатуры для перевязки пупочной культи, ватные шарики, пеленки — стерилизуются отдельно, одеяло же со стерильными пеленками приносит в родильный зал детская сестра, пришедшая взять ребенка в палату новорожденных. В этом случае одеяло хранится в детской палате в шкафу в специально отведенном для него месте; перед приемом ребенка на одеяло надевают стерильный чехол-пододеяльник.

Самая первая манипуляция при туалете новорожденного — это профилактика бленнореи. Бленнорея

глаз является очень серьезным и тяжелым заболеванием для ребенка, так как она часто приводит к слепоте (до 32% слепых в прежнее время перенесли бленнорею глаз).

Гонорея матери очень опасна для ребенка. Заражение может произойти как в острой стадии заболевания, так и в том периоде, когда клиническая картина гонореи очень слабо выражена. Если женщина больна гонореей, то в момент прохождения ребенка через родовые пути в его глаза легко могут попасть гонококки. Поэтому так необходимо своевременное применение профилактических мероприятий против офтальмобленнореи.

Наиболее эффективным в течение многих лет считался метод, который предложен Матвеевым, а затем Креде. Метод заключается в следующем: после обмывания глаз каким-либо слабым дезинфицирующим раствором (например, бледно-розовым раствором марганцовокислого калия 1 : 8000) и осушения век стерильными ватными тампонами акушерка, принимающая роды, стерильно вымытыми руками раздвигает пальцами веки ребенка и в раскрывшийся конъюнктивальный мешок каждого глаза впускает из пипетки 1 или 2 капли 2% раствора азотнокислого серебра, после чего медленно закрывает веки, не производя на них никакого давления. Основное требование при этом — асептика рук. Пипетка для закапывания раствора должна быть стерильной; после закапывания ее вновь стерелизуют. Перед тем как набрать в пипетку раствор азотнокислого серебра, надо убедиться, что в пипетке не осталось капелек воды. Нельзя касаться пипеткой ни слизистой оболочки глаз, ни кожи. Пузырек с раствором азотнокислого серебра должен быть из желтого стекла: держать его надо закрытым. Часто после введения раствора бывает раздражение конъюнктивы со слизистыми или слизисто-гнойными выделениями (химический или лекарственный конъюнктивит). Если нарушается методика закапывания, конъюнктивиты могут быть очень выраженными с обильным гнойным отделяемым.

Акушерка родильного зала и дежурный врач обязаны следить, чтобы раствор азотнокислого серебра был свежеприготовленным и менялся ежедневно. Лечение лекарственных конъюнктивитов состоит в промывании глаз слабым раствором марганцовокислого калия (1 : 8000).

В последние годы все шире применяется пенициллинопрофилактика бленнореи, предложенная П. А. Гузиковым.

Ребенку сразу же после рождения вводят в конъюнктивальный мешок обоих глаз по 2—3 капли свежеприготовленного пенициллина (10 000 ЕД в 1 мл физиологического раствора). Через 2 часа пенициллин вводят повторно. Преимущество этого способа заключается в отсутствии лекарственной реакции в виде конъюнктивита.

Инструкция, разработанная Ленинградским научно-исследовательским институтом глазных болезней, рекомендует следующую методику применения пенициллина для профилактики офтальмобленнореи. Новорожденному еще до перевязки пуповины протирают веки сухим стерильным шариком; таким же шариком раздвигают веки и впускают несколько капель свежеприготовленного раствора пенициллина (10 000 ЕД в 1 мл). До следующего дня глаза ничем не обрабатывают, а через 12—24 часа после рождения ребенка снова вводят в конъюнктивальный мешок 2—3 капли такого же раствора пенициллина 3 раза с интервалами 1 час.

Одновременно закапывают 3 капли этого же раствора пенициллина в вульву новорожденным девочкам. Способ эффективен, но недостатком его является необходимость тщательного повторного введения раствора. Во втором акушерском отделении предпочтительнее пользоваться для профилактики бленнореи методом Матвеева—Креде. Предложенные для профилактики бленнореи глаз новорожденных другие препараты — альбуцид, риванол, протаргол, колларгол — оказались малоэффективными.

Осуществление профилактики офтальмобленнореи по методу Матвеева—Креде привело к тому, что в СССР офтальмобленнорея почти не наблюдается.

Обработка остатка пуповины производится вскоре после рождения ребенка, когда пуповина перестает пульсировать. В настоящее время применяются два метода обработки пуповины: открытый и закрытый. Перевязка пуповины является ответственным моментом и к ней следует относиться, как к серьезной хирургической операции. Необходимо соблюдать при этом строжайшую асептику рук, перевязочного материала, инструментов. Перед перевязкой пуповины акушерка обязана вымыть руки, как для хирургической операции. Затем акушерке подают смоченную спиртом стерильную вату, которой она протирает пуповину в том месте, где ее нужно разрезать. Пуповину перевязывают стерильной тесемкой (или стерильной шелковой лигатурой), отступя от пупочного кольца на

1,5—2 см. Вторую повязку накладывают на 2—3 см выше первой (ближе к плаценте). Пуповину между лигатурами обтирают 95% спиртом или 5% йодной настойкой и перерезают стерильными ножницами. Весь остаток пуповины слегка отжимают стерильной ватой, смоченной 95% спиртом, поверхность разреза смазывают йодом и накладывают стерильную салфетку, сложенную в 4 раза. Весь пупочный остаток со стерильной салфеточкой на срезе покрывают стерильной марлевой косыночкой и завязывают узлом на границе между пупочным кольцом и пуповинным остатком.

При тугом завязывании узла надо следить, чтобы не захватить кожу около пупочного кольца. Размер стерильных салфеток, применяемых для этой повязки, 10×10 см. Стерильная тесемка или марлевая кромка для перевязки пуповины обычно бывает шириной 0,5 см и длиной 20 см.

Эта грушевидная повязка, предложенная А. И. Чистяковой, должна быть снята лечащим врачом на 4—5-й день. Пупочную культю осматривают и, если необходимо, вновь накладывают свежую стерильную повязку.

При необходимости (кровотечение из пупочной культи, слабо перевязанной лигатурой) пупочную повязку можно сменить через некоторое время после обработки пуповины в родильном зале. При наложении новой повязки необходимо очень тщательно соблюдать правила асептики.

Если после отпадения пупочной культи в пупочной ранке имеется серозное или кровянисто-серозное отделяемое, ранку лучше всего смазать 5% раствором марганцовокислого калия и в дальнейшем слегка присыпать ксероформом или белым стрептоцидом. Ранку при этом оставляют открытой, без повязки.

Кроме перевязки пуповины тесьмой (или толстой лигатурой), существует еще хороший способ зажатия пуповины кохером или пеаном, употребляющимся в хирургии. Кохер накладывают на протертую спиртом пуповину около места прикрепления ее (отступая на 0,5 см от брюшной поверхности). Зажим сильно сдавливает пупочную культю и ее сосуды. Затем, отступая от зажима на 2 см, перевязывают пуповину тесьмой и непосредственно над самым зажимом перерезают пуповину. Под зажим подкладывают стерильную вату и нетуго прибинтовывают к животу ребенка, а через 4 часа снимают (в некоторых родильных домах зажим снимают через 12 часов). Остаток пуповины

после снятия зажима имеет вид плоской сухой полупрозрачной тонкой пластинки; ее покрывают сухой стерильной марлевой салфеткой, сложенной в 4 раза, и прибинтовывают 4 турами бинта. Пупочная культя при этом способе отпадает рано.

В последние годы применяют скобки Роговина. Это металлические, не поддающиеся коррозии и окислению скобки из луженой хромированной жести, накладываются они на пуповину при помощи специальных щипцов на границе с кожей. Скобки бывают 2 размеров (17 и 22 мм) для тонких и толстых пуповин. Пуповину отсекают около скобки, пуповинный остаток обрабатывают 10% раствором марганцовокислого калия.

В дальнейшем уход за пуповинным остатком состоит в однократном его смазывании в течение суток (обычно при обходе врача) 5—6% раствором марганцовокислого калия до отпадения. Пупочная культя при таком способе чрезвычайно быстро мумифицируется: уже через 1—2 суток пуповинный остаток представляет собой сухую, полупрозрачную пластинку. Он отпадает рано — на 4—5-е сутки после рождения ребенка — и почти никогда не дает осложнений в виде гранулем и т. д.

Скобку Роговина, а также зажимы Кохера и Пеана нельзя накладывать новорожденным, родившимся в условиях резус-конфликта ввиду возможного заменного переживания крови, которое обычно проводят через сосуды пуповины. Наиболее удобным в этих случаях следует считать способ Чистяковой, с оставлением достаточно длинной культи.

В родильных домах применяется метод открытого введения пуповинного остатка, предложенный проф. А. А. Выдриным (Минск). Способ состоит в следующем. После описанной выше первичной обработки остатка перевязанного пупочного канатика (лучше толстой шелковой лигатурой) на него не накладывают никакой повязки; при ежедневном осмотре новорожденного мумифицирующийся пуповинный остаток смазывают 5% йодной настойкой.

Этот метод прост, доступен и безопасен, но он требует особенно тщательного асептического ухода за новорожденным.

Все перечисленные способы перевязки пуповинной культи вполне оправдали себя на практике. Важно только, чтобы детская сестра точно знала и соблюдала правила наблюдения за пупочной повязкой и смены ее.

Если кожа ребенка сильно загрязнена кровью, слизью, меконием, нечистыми водами, то ребенка допустимо обмыть (хотя первая ванна не является обязательной и лучше обходиться без нее во избежание охлаждения ребенка), держа его на весу над тазом, облить из кувшина или чайника слабым раствором марганцовокислого калия температуры 37—38° (при температуре воздуха в родильной комнате не ниже 23°). Эта процедура должна длиться не более 3 минут. Сразу же тщательно осушают кожу ребенка стерильной пеленкой и кладут его на пеленальный стол для наложения пупочной повязки.

Следует твердо помнить о недопустимости охлаждения ребенка во время первых манипуляций, поэтому лучше отказаться от них, если условия работы недостаточно благоприятны, но ни в коем случае не подвергать ребенка даже небольшому охлаждению.

После первой ванны ребенка заворачивают в стерильную пеленку и переносят на пеленальный стол, покрытый резиновым матрасиком с теплой водой, или же обкладывают ребенка грелками. В зимнее время поодаль ставят лампу-рефлектор. Все необходимые манипуляции (наложение пупочной повязки, привязывание браслетов и др.) проводят как можно быстрее, чтобы не переохладить новорожденного.

Спустя 2 часа после рождения ребенка детская сестра вновь кладет его на пеленальный стол, взвешивает и измеряет (сантиметровую ленту перед измерением дезинфицируют и постоянно хранят в стерильной пеленке), проверяет состояние пупочной повязки (не пропиталась ли она кровью) и производит туалет кожи.

Непременным условием является быстрое проведение первого туалета. Пользуясь тем или иным обогревательным прибором, необходимо соблюдать величайшую осторожность, чтобы не обжечь ребенка: вода в резиновом матрасике или грелке должна быть не горячей, а теплой; грелку нужно плотно завинчивать; электрический рефлектор или камин следует помещать на некотором расстоянии от ребенка.

Особенно опасно охлаждение для недоношенного ребенка. При проведении первого туалета ребенка заворачивают в специальную пеленку, прикрывают одеялом, затем, частично обнажив, быстро измеряют окружность груди и головы сантиметровой лентой, а рост — на ростомере. Затем ребенка взвешивают в стерильной пеленке, быстро

надевают на него распашонку, заворачивают в пеленку, подгузник и одеяло и укладывают в кровать. К ногам кладут грелку, так как во время проведения первого туалета ребенок охлаждается. Для того чтобы вода из грелки не вылилась и не обожгла ребенка, перед завинчиванием грелки из нее выпускают оставшийся воздух и затем плотно закрывают ее.

Воду в грелку наливает санитарка, но кладет грелку в кровать только сестра, предварительно убедившись, что грелка надежно завинчена и вода в ней не слишком горячая.

Ростомер до и после измерения ребенка протирают дезинфицирующим раствором, затем покрывают белым чехлом или чистой пеленкой и ставят в определенное место.

При измерении окружности головы сантиметровую ленту накладывают так, чтобы она проходила спереди над надбровными дугами лобной кости, а сзади по затылочному бугру. Еще лучше измерять окружность головы стерильной марлей (заранее нарезают полоски марли длиной 60 см, стерилизуют их в автоклаве и хранят в биксах; можно использовать и узкий стерильный бинт), а затем определять отмеренную величину на сантиметровой ленте (рис. 4, 5).

Первое время после рождения и после первого туалета необходимо очень внимательно следить за ребенком, так как у него могут появиться признаки слабости, бледность, синюшность лица, судороги и т. п.

При малейших признаках недомогания у ребенка акушерка или детская сестра должна быстро развернуть его, осмотреть и оказать ему помощь. Если у ребенка началось кровотечение из пуповинного остатка, надо немедленно вызвать дежурного врача. Если вызвать врача нельзя, детская сестра тщательно моет руки щеткой с мылом, протирает их спиртом, обрабатывает ногтевые ложа 5% настойкой йода и накладывает добавочную лигатуру на пупочную культю (лучше из толстого стерильного шелка) ниже первичной перевязки, т. е. ближе к поверхности живота ребенка, а затем давящую повязку.

В большинстве случаев эти меры вполне достаточны для прекращения кровотечения. Если же пупочное кровотечение продолжается, следует срочно вызвать врача. Кровотечение из пупка может возникнуть и позже, когда пуповина уже начинает отделяться или уже отпала. В этих случаях накладывают давящую повязку из марли и ваты,

дают ребенку внутрь хлористый кальций, викасол и вводят внутримышечно кровь матери или сыворотку. Если кровотечение быстро не останавливается, врач делает обкалывание пупка и захватывает в лигатуру сосуды в кож-



Рис. 4. Измерение окружности головы.



Рис. 5. Измерение окружности груди.

ном кольце. В некоторых случаях необходимо переливание крови. Старшая детская сестра должна владеть техникой внутривенных вливаний. Остановке кровотечения способствует дача ребенку витамина К. Учитывая пониженное содержание протромбина в крови новорожденного в первые дни жизни, ребенку в первые сутки строго по показаниям назначают викасол.

Все эти мероприятия могут быть очень эффективными, если врача вызывают вовремя и необходимое лечение проводят безотлагательно.

Уход за новорожденными в детской палате. Детская сестра должна уметь правильно пеленать ребенка. Одежда должна защищать новорожденного от большой потери тепла, но в то же время не должна стеснять его движений и препятствовать испарению с кожных покровов. Наиболее удобной одеждой является кофточка и распашонка. Рукава кофточки делают длинными. Наружный конец рукавов зашиваю наглухо, это обеспечит лучшее сохранение тепла.

Пеленку-подгузник складывают треугольником и кладут на тонкую пеленку большого размера, верхний край которой отвернут на 8—10 см кнаружи. Обе эти пеленки кладут на фланелевую пеленку. Между большой тонкой пеленкой и теплой пеленкой помещают маленькую клеенку, которая предохраняет матрац и одеяльце от загрязнения мочой или калом ребенка. Вместо клеенки можно подкладывать пеленку, сложенную в несколько раз. При этом способе опрелости у детей встречаются реже, чем при пользовании клеенкой, но увеличивается расход белья, так как подложенную вместо клеенки пеленку следует менять при каждом загрязнении, а клеенку надо лишь вымыть и просушить.

Ребенка завертывают в подгузник, большую легкую пеленку, затем в теплую пеленку и в одеяло. Учитывая склонность новорожденных к срыгиванию, целесообразно вместо конвертов-пододеяльников пользоваться пододеяльником-пеленкой, широко отгибая ее вокруг шеи ребенка (пододеяльником может служить любая тонкая пеленка). Это позволит часто и быстро менять загрязненную пеленку-пододеяльник.

Кроме того, под головкой ребенка должна находиться сложенная вчетверо тонкая пеленка, предохраняющая простыню и матрац от загрязнения при срыгивании.

Существует много способов пеленания новорожденных. При тугом пеленании, без распашонки и кофточки, может быть нарушено дыхание и нормальное кровообращение, поэтому метод пеленания детей в одни пеленки нефизиологичен.

Очень хороший способ пеленания предложил И. А. Аршавский. На ребенка надевают распашонку и кофточку, свободно, не стесняя ног, заворачивают его в три пеленки, оставляя открытыми голову и руки. После пеленания ре-

бенка кладут в конверт из хлопчатобумажной ткани, где находится сложенное в три раза мягкое байковое одеяло. В случае необходимости ребенка укрывают вторым байковым одеялом. При этом способе тело ребенка хорошо сохраняет тепло, а движения его совершенно свободны.

По данным А. П. Позняк, в московских родильных домах при этом способе пеленания значительно снизилось количество опрелостей и гнойничковых заболеваний кожи.

Другие способы пеленания представляют собой различные вариации уже известных основных способов. Надо уделять большое внимание чистоте белья новорожденного, следить, чтобы не было рубцов, грубых толстых складок, так как это может нарушить самочувствие ребенка.

Ребенка пеленают перед каждым кормлением, а детей с опрелостями или раздражениями кожи — чаще. Пеленальный стол и клеенчатый матрац на нем после пеленания каждого ребенка тщательно протирают 1% раствором хлорамина.

Пеленание на пеленальном столе допускается лишь для здоровых детей. В случае изоляции ребенка пеленание проводится в кровати. Для этого кровати должны быть высокими (высотой не менее 1 м), чтобы сестре не приходилось низко нагибаться, боковые стенки должны быть откидными.

В больших родильных домах, где имеется изолятор с боксами, в каждом из них находится одна кровать и небольшой пеленальный столик.

Первый, утренний туалет новорожденного проводит сестра, дежурившая ночью. Туалет должен быть полностью окончен к началу первого утреннего кормления ребенка (к 6 часам утра). Обычно утренний туалет начинается в 5 часов — 5 часов 30 минут утра. Проводится первый утренний туалет особенно тщательно. Прежде всего ребенка надо распеленать и сверить надписи на кровати, браслетах и паспорте, чтобы убедиться, что ребенок лежит на своем месте. Затем сестра внимательно осматривает ребенка. Она следит за его поведением, движениями, криком и тщательно осматривает кожу, особенно на шее, под мышками, в локтевых сгибах, на ягодицах, внутренних поверхностях бедер, лодыжках.

На коже может быть обнаружено общее покраснение, так называемая физиологическая эритема, физиологическое шелушение, элементы токсической эритемы, желтушная окраска кожных покровов и др. Желтуха у только что

родившегося ребенка или появление желтушной окраски и быстрое нарастание ее уже в первые часы после рождения — весьма тревожный симптом. Поэтому чрезвычайно важно своевременно заметить это и немедленно сообщить врачу, чтобы были срочно приняты меры для установления точного диагноза и энергичного лечения новорожденного. В случае тяжелой гемолитической болезни (желтушная форма) немедленно приступают к заменному переливанию резусотрицательной крови, даче увлажненного кислорода, витаминотерапии и другим мерам, которые могут спасти ребенка.

Сестра должна при каждом пеленании следить за испражнениями ребенка. Необходимо отметить в его истории развития появление первородного кала, так называемого мекония. Оно служит доказательством того, что кишечник и задний проход проходимы и можно не опасаться аномалии развития желудочно-кишечного тракта.

При осмотре ребенка сестра должна обратить внимание на чистоту его глаз (нет ли конъюнктивита), взгляд (например, тусклый, безжизненный взгляд свидетельствует о тяжести состояния ребенка; косоглазие, подергивания глазных яблок — нистагм — о внутричерепной травме и т. д.). Надо обратить внимание также на носовое дыхание (не шумно ли дышит через нос ребенок, нет ли отделяемого из носа и др.), на окраску губ и носогубного треугольника. Подергивания мимических мышц, вскрикивания, общие судороги указывают на тяжелое заболевание ребенка, об этом детская сестра обязана сообщить врачу.

В случае особенно тяжелого заболевания новорожденного, где, однако, нет необходимости в изоляции (например, при внутричерепной травме и т. п.), врач назначает индивидуальный уход.

Что следует понимать под индивидуальным уходом? Это особенно внимательное наблюдение за больным ребенком. При возможности его лучше поместить в отдельную палату и назначить сестру, осуществляющую уход за ребенком и выполняющую назначения врача.

Иногда сестра при осмотре замечает на коже ребенка гнойный пузырек. Одна маленькая пустулка, почти незаметная, может быть началом тяжелейшего кожного заболевания. От этого заболевшего ребенка легко могут заразиться десятки детей. Поэтому каждый такой гнойничок должен быть отмечен, соответствующим образом обработан, а больного ребенка до прихода врача нужно изоли-

ровать. В таких случаях сестра должна принять необходимые меры, не ожидая прихода врача или старшей сестры. Лучше всего поместить больного ребенка в отдельную палату или бокс. Если же это невозможно, кровать больного ребенка отгораживают ширмой. На ширму вешают халаты сестры и врача, в которых они подходят только к этому ребенку. В изоляторе или боксе также должны быть отдельные халаты для осмотра больного ребенка.

Все предметы, с которыми соприкасался заболевший ребенок, подвергают стерилизации; грязное белье замачивают на 1 час в дезинфицирующем растворе (0,5% растворе хлорамина) в отдельном металлическом баке с крышкой.

В тех случаях, когда ребенок находится в особенно тяжелом состоянии или возникает опасность переноса инфекции другим детям, около заболевшего необходимо установить отдельный сестринский пост.

Больных детей сестра разносит к матерям на руках, а не на общей каталке.

В крупных родильных домах больных детей изолируют вместе с матерями (здоровыми) во второе отделение, расположенное вне детского физиологического отделения.

Во втором отделении должно быть предусмотрено наличие детских палат и палат для матерей. Для изоляции детей с различными заболеваниями должны быть боксы. Матери, находящиеся при детях во втором отделении, обслуживаются врачом-акушером и акушеркой.

Во втором отделении при отсутствии противопоказаний со стороны матери и ребенка детей продолжают носить на кормление к матери.

Все входящие во второе отделение должны надевать поверх основного добавочный халат, который, уходя, снимают у выхода. Вход в изоляционное детское отделение неработающим там лицам категорически воспрещен; персонал этого отделения осуществляет связь с другими отделениями через старшую сестру или по телефону.

В случае невозможности организовать в родильном доме второе отделение больных детей переводят в изолятор. Ребенка, помещенного в изолятор, на кормление к матери не носят. Вопрос о допуске матери в изолятор для кормления ребенка решается в каждом случае индивидуально.

В изоляторе проводятся те же противоэпидемические мероприятия, что и во втором детском отделении.

Наблюдение за поведением и состоянием новорожденного. Наблюдательность у детской сестры отделения новорожденных — чрезвычайно ценное качество, которое следует развивать.

Больной новорожденный не предъявляет никаких жалоб. Замеченные внимательной сестрой симптомы начинающегося заболевания помогают врачу вовремя установить точный диагноз и своевременно назначить соответствующее лечение.

Детская сестра должна хорошо знать, как ведет себя здоровый новорожденный. Обычно здоровый ребенок громко кричит, энергично двигает руками, ногами, головой. Мышцы лица у него также хорошо подвижны. Крик у больного ребенка может совсем отсутствовать или же может быть тихим, слабым, болезненным, со стоном. Изредка ребенок может резко вскрикивать. Движения могут быть вялыми, слабыми; та или другая конечность может быть неподвижной. Мочепускание и выделение кала могут совсем отсутствовать или быть очень частыми, почти непрерывными; в моче и кале может быть примесь крови.

Беспокойство ребенка, плохой сон, обильная рвота после кормления, значительная потеря веса, наличие подергиваний или судорог — все это должно насторожить сестру. Следует наблюдать и за характером дыхания. Появление одышки, неровное дыхание, сопение носом, чиханье или кашель должны быть отмечены и о них нужно сообщить врачу.

Осматривая ребенка при пеленании, детская сестра должна обращать внимание на состояние слизистых оболочек: чисты ли глаза, нос, нет ли на губах, деснах, языке и слизистой оболочке зева белых бляшек молочницы. В случае появления у ребенка насморка или конъюнктивита сестра должна изолировать ребенка и начать лечение согласно назначениям дежурного врача (до прихода педиатра).

При осмотре кожи нужно обратить внимание на ее окраску (нет ли необычной бледности, желтухи, цианоза), так как изменение цвета кожи может быть симптомом начинающегося заболевания. Осматривая кожу, необходимо особенно тщательно обследовать складки ее и область ягодиц, где чаще всего появляются опрелости. Следует помнить, что при появлении очень жидких и частых испражнений опрелости возникают особенно быстро. Поэтому

сестра, заметившая появление у новорожденного опрелостей в области ягодиц или внутренних поверхностей бедер, должна понаблюдать за характером стула: как часто испражняется ребенок, каков вид каловых масс, не сопровождается ли появившаяся диарея рвотой и т. д.

Детская сестра должна обратить внимание на состояние молочных желез ребенка: покраснение кожи над молочной железой является признаком начинающегося мастита — воспаления молочной железы. Детская сестра, заметив подобное покраснение, должна безотлагательно сообщить об этом врачу.

Детская сестра должна наблюдать за поведением ребенка не только в детской палате, очень ценные данные о состоянии здоровья новорожденного сестра получает, наблюдая за его поведением во время кормления в материнской палате. Необходимо, чтобы детская сестра, раздавая новорожденных для кормления, присутствовала в материнской палате, попеременно подходя к каждой матери, помогая ей советом и наблюдая, как ведет себя тот или иной ребенок. Это чрезвычайно важно и обо всем сестра должна уметь рассказать врачу.

Туалет новорожденного. Детская сестра должна точно рассчитать, когда ей следует начинать туалет детей с тем, чтобы точно к определенному времени успеть, не торопясь, разнести детей на кормление матерям или же показать их врачу.

К началу пеленания в детской палате должен быть достаточный запас согретых пеленок. Если в палате нет специального нагревательного шкафа или кувеза, пеленки согревают, уложив их стопкой и прокладывая между ними грелки с горячей водой. Пеленание новорожденных, особенно ослабленных и недоношенных, в несогретые предварительно пеленки недопустимо.

Распеленав и внимательно осмотрев ребенка, сестра подмывает его. Ребенка, совсем обнаженного, сестра держит на левой руке на весу, подносит под текущую струю теплой ($37,5-38^{\circ}$) воды и подмывает. Подмывание кипяченой водой целесообразно в небольших родильных домах или родильных отделениях преимущественно в сельских местностях, где нет централизованного водоснабжения.

В городских крупных родильных домах с правильно организованным водоснабжением детей подмывают теплой водопроводной водой.

Подмывать ребенка необходимо не только при загрязнении фекальными массами, но даже и при незначительном мочеиспускании, так как даже ничтожное количество мочи, оставаясь на коже, может вызвать ее раздражение.

Совершенно недопустимо подмывать детей непроточной водой из тазика.

Следует помнить, что девочек нужно подмывать всегда спереди назад, держа их на предплечье лицом кверху. При



Рис. 6. Туалет глаз.

наличии выделений из половой щели у девочек производится туалет раствором марганцовокислого калия в разведении 1:8000.

После подмывания мокрые места обсушивают, осторожно прикладывая к ним пеленку, и по мере надобности складки кожи смазывают стерильным маслом или же оставляют кожу после осмотра несмазанной. Для смазывания кожи лучше употреблять стерильное растительное или персиковое масло, рыбий жир (вазелиновое масло может вызвать раздражение кожи).

При опрелостях в области ягодиц хороший эффект может дать облучение ртутно-кварцевой лампой (в этом случае совершенно противопоказано применение жировых смазываний) с последующей аэрацией.

Лицо, глаза и уши ребенка сестра обтирает комком стерильной ваты, смоченным в кипяченой воде (рис. 6). Затем жгутиками, свернутыми из ваты и смоченными сте-

рильным маслом, слегка ввинчивающими движениями очищают носовые ходы и уши (рис. 7, 8). Ватные жгутики заготавливают заранее вместе с остальным материалом для стерилизации и автоклавируют. Категорически



Рис. 7. Туалет носа ватным жгутиком.



Рис. 8. Туалет уха ватным жгутиком.

запрещается применение для этой цели спичек, тонких палочек или каких-либо других твердых предметов с ватным тампоном на конце.

Полость рта ребенка протирать не следует.

Затем сестра пеленает ребенка. В первые несколько дней головку ребенка покрывают тонкой мягкой пеленкой (как косынкой), а в дальнейшем уже оставляют открытой (при условии, что температура воздуха в палате новорожденных, коридорах и материнской палате не ниже 21°).

Взвешивание. Ежедневно при первом утреннем туалете (до первого кормления) детей нужно взвешивать

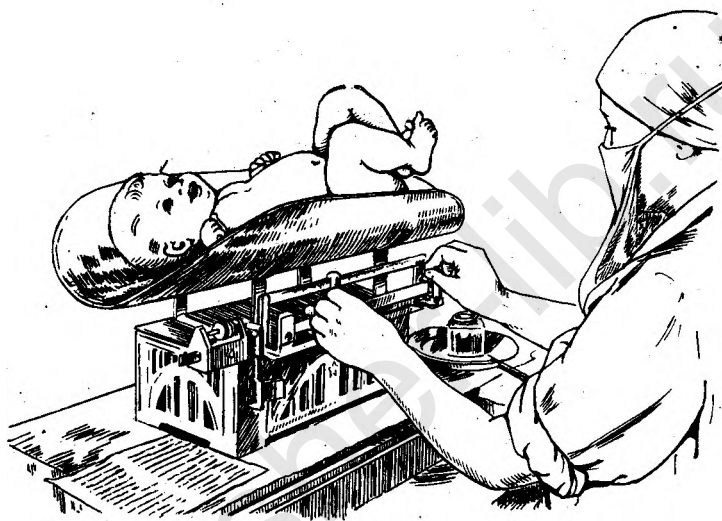


Рис. 9. Взвешивание новорожденного.

(рис. 9). Вес ребенка в это время является наиболее точным, так как со времени последнего кормления проходит несколько часов (ночной перерыв), полученное молоко уже успело перевариться и кишечник освободился.

Предварительно детская сестра должна тщательно проверить, правильно ли стоят и хорошо ли отрегулированы весы. Чтобы весы работали точно и бесперебойно, их следует установить на неподвижном столике (ни в коем случае не разрешая санитарке при уборке сдвигать столик с места), содержать в чистоте и после взвешивания детей покрывать чехлом.

Прежде чем класть ребенка на весы, чашку весов протирают спиртом или дезинфицирующим раствором (во избежание переноса инфекции от одного ребенка другому) и

покрывают свежей чистой пеленкой предварительно точно установив вес пеленки. Для каждого ребенка следует подкладывать новую пеленку. Весы следует точно выверять после взвешивания каждого ребенка. Сестра должна взвешивать детей не торопясь, точно высчитывать их чистый вес (сбрасывая вес пеленки), правильно записывать его в историю развития ребенка.

В некоторых родильных домах принято взвешивать новорожденных не ежедневно, а в день рождения, на 4-й, 7-й день жизни и в день выписки. Вряд ли это следует считать целесообразным, так как вес ребенка — важный показатель его физического развития и сдвиги в весе иногда являются первымстораживающим симптомом начинающегося заболевания. При нерегулярном взвешивании этот момент может быть упущен.

Регулярное взвешивание новорожденного позволяет следить за так называемым физиологическим падением веса. Падение веса в большей или меньшей степени в первые дни жизни представляет собой обычное явление, почему и принято считать его физиологическим. В среднем эта убыль колеблется от 2 до 10% первоначального веса ребенка.

Для наглядности вес ребенка следует заносить на отдельную таблицу в виде «кривой веса». При потере веса более 10% первоначального (это чрезмерная убыль) необходимо уточнить, не является ли причиной этого недоедание ребенка. Путем взвешивания его до и после кормления врач устанавливает количество необходимого для ребенка донорского молока, которым его докармливают с ложки.

Нередко большое падение веса ребенка свидетельствует о его заболевании, и тогда врач назначает соответствующее лечение. Следует стремиться сводить физиологическую потерю веса к минимуму, давая ребенку обильное питье в виде кипяченой воды, 5% раствора глюкозы, физиологического раствора поваренной соли, раствора Рингера и др. Значительная убыль веса вследствие обезвоживания организма ребенка может быть причиной переходящей (транзиторной) лихорадки новорожденных.

Взвешивание детей в день выписки показывает, восстановлен ли первоначальный вес и нормально ли происходит прибавление в весе. От того, каков вес ребенка при выписке, зависят те советы, которые дают матери врач, акушерка или сестра. Данные о первоначальном весе ре-

бенка, его росте и весе в день выписки заносятся в так называемую обменную карточку ребенка, заполняемую в родильном доме. В день выписки ребенка из родильного дома обменную карточку забирает патронажная сестра той детской консультации, в районе обслуживания которой будет проживать ребенок. Эти сведения имеют большое значение при дальнейшем наблюдении за ребенком.

Измерение температуры. Температуру у новорожденных измеряют в подмышечной ямке утром и вечером. Быстрее всего можно измерить температуру, введя термометр в прямую кишку. Ребенка кладут на бок (одной рукой сестра удерживает ребенка, чтобы он не слишком двигался, а другой рукой вводит термометр на такую глубину, чтобы не был виден кончик его, наполненный ртутью). Держать термометр в прямой кишке нужно не менее 3 минут, все время следя за движениями ребенка и не допуская, чтобы термометр выпал из заднепроходного отверстия или углубился больше, чем следует.

Термометр должен постоянно находиться в стакане (или банке) с дезинфицирующим раствором или спиртом; дезинфицирующий раствор нужно регулярно заменять свежим. На стакане должна быть наклейка с указанием названия раствора и даты его изготовления. На дно стакана кладут комок ваты, чтобы термометр не разбился. Сверху стакан затягивают одним слоем марли с отверстием для термометра.

Перед измерением температуры термометр обтирают стерильным ватным шариком и смазывают стерильным растительным или вазелиновым маслом. После измерения температуры его надо вымыть теплой водой с мылом, обтереть ватным шариком, смоченным дезинфицирующим раствором, и поставить в стакан.

Измерение температуры в прямой кишке при недостаточном соблюдении асептики небезопасно и может привести к заносу инфекции, поэтому лучше измерять температуру в подмышечной впадине или в паховой складке. При этом конец термометра с ртутным резервуаром вводят в подмышечную впадину или паховую складку и плечо или бедро прижимают к туловищу так, чтобы термометр находился глубоко во впадине; вынимают термометр через 10 минут.

Дежурная сестра при пеленании должна обращать внимание на состояние ребенка и при малейшем подозрении на заболевание измерять ему температуру.

Сестра отмечает температуру в истории развития ребенка.

Купание новорожденного. До отпадения пуповины купать новорожденного не рекомендуется. При неотпавшем пуповинном остатке ванны применяют только как лечебную процедуру. В тех случаях, когда новорожденный появляется на свет в состоянии асфиксии, его погружают в теплую ванну ($38-39^{\circ}$), поддерживая рукой головку и плечи в приподнятом положении. При этом проводят все мероприятия, необходимые для оживления ребенка, причем его не вынимают из ванны до полного оживления.

В первые минуты пуповину не перерезают, и лишь после прекращения пульсации пуповины ее для удобства проведения манипуляций по оживлению ребенка перерезают между двумя зажимами. После полного оживления ребенка пуповину обрабатывают на пеленальном столике, накладывают пупочную повязку.

Позже при неотделившейся пуповинной культе ванну делают больному новорожденному по назначению врача с лечебной целью, используя ее как средство, способное вызвать раздражение кожных покровов, например, при гриппе, ателектазе легких, пневмонии, повторных приступах вторичной асфиксии или для очищения кожных покровов и дезинфекции, например ванна с марганцовокислым калием или теплая мыльная ванна при гнойных поражениях кожи.

Перед купанием сестра должна заранее приготовить все необходимое во избежание излишней суеты и охлаждения ребенка.

Температура воздуха в палате, где купают ребенка, должна быть $22-23^{\circ}$. В зимнее время неподалеку от ванны ставят электрический рефлектор-обогреватель или переносный камин. Пеленки заранее раскладывают в установленном порядке (сверху кладут мягкую пеленку-простынку для вытирания ребенка), а на них — грелку с горячей водой (чтобы к моменту окончания купания пеленки были теплыми).

Для купания следует пользоваться кипяченой водой, доводя ее до нужной температуры ($37-38^{\circ}$). Недопустимо употреблять для купания ребенка некипяченую воду, поэтому санитарка должна позаботиться, чтобы перед купанием у нее был достаточный запас кипяченой холодной и горячей воды.

В ванне верхняя часть груди и голова ребенка должны быть над водой (рис. 10).

Чтобы опустить ребенка в воду сестра кладет его голову себе на левое предплечье, а кистью левой руки удерживает его ягодицы и бедра; поддерживая ноги ребенка правой рукой, она осторожно погружает его в воду,



Рис. 10. Ванна новорожденного.

наблюдая за реакцией лица и кожных покровов. При появлении симптомов неблагополучия — посинении, побледнении, ослаблении мышечного тонуса — ребенка надо быстро вынуть из ванны, уложить на согретые пеленки, приложить к ногам грелку (через пеленки), дать кислород, сделать инъекции по указанию врача (все медикаменты нужно иметь наготове). Если же ребенок чувствует себя хорошо, его держат в ванне 5 минут, затем вынимают, набрасывают на него согретую простынку, осторожно осушают кожу (наподобие промокательной бумаги, отнюдь не растирая кожу) и кладут ребенка в сухие пеленки. Остаток пуповины тщательно обсушивают спиртом, смазывают 5% настойкой йода и накладывают свежую стерильную повязку. Если лечебная ванна сделана новорожденному с отпавшим пуповинным остатком, но с незажившей пупочной раной, следует после окончания ванны тща-

тельно обтереть спиртом все складки пупка и затем смазать ранку 5% йодной настойкой или 5% раствором марганцовокислого калия. Обработку пупочной культы или пупочной ранки следует делать быстро, под рефлектором, чтобы не охладить ребенка после ванны. Затем его пеленают и укладывают в постель.



Рис. 11. Ванна (обливание) новорожденного.

О состоянии ребенка во время купания и после него сестра должна сообщать врачу, если он в это время отсутствовал.

Показания к применению ванн определяет врач.

Первые недели жизни купать ребенка следует только в кипяченой воде с прибавлением небольшого количества раствора марганцовокислого калия (так, чтобы раствор получился 1:8000). Один раз в неделю ребенка моют в ванне с мылом; намыливать можно только чисто вымытой рукой, стерильной марлевой салфеткой или стерильным ватным тампоном. После окончания купания ребенка ополаскивают чистой кипяченой водой (температура 37—38°), поливая его из кувшина со спины (рис. 11).

Поручать купание ребенка санитаркам детской палаты запрещается.

Уход за пуповинным остатком. Первичную обработку и перевязку пуповины производит акушерка родильного зала. В дальнейшем весь уход за остатком пуповины обязана проводить детская сестра. Уход за пуповинным остатком является чрезвычайно важным и ответственным. Через пуповину и остающуюся после ее отпадения ранку в организм ребенка может проникнуть инфекция и вызвать серьезное заболевание вплоть до пупочного сепсиса.

Врач ежедневно осматривает всех детей и необходимую обработку пуповинной культи производит сам. Если туалет пуповины проведен дежурной сестрой до прихода врача, она должна сообщить врачу о замеченном ею у ребенка неблагополучном состоянии культи пуповины или пупочной ранки.

Остаток пуповины постепенно день ото дня высыхает, как стебель цветка (мумифицируется). Через несколько дней он превращается в сухой, очень плотный стерженек, который затем отпадает.

В зависимости от способа обработки пупочного остатка отпадение его происходит раньше или позднее. Наиболее быстрая мумификация пуповинной культи и раннее отпадение ее отмечаются при употреблении скобок Роговина — обычно уже на 4—5-й день.

Кожа вокруг пуповинной культи в течение всего времени мумификации не должна припухать или краснеть, культя должна высыхать постепенно, не издавая дурного запаха. Если вокруг пупка отмечается краснота, припухлость кожи, а культя остается некоторое время влажной или издает неприятный гнилостный запах, сестра должна сообщить об этом врачу и наложить на пупок свежую стерильную повязку из марли, смоченной чистым 75° спиртом или 3% синтомициновым спиртом; повязку следует менять 3—4 раза в течение суток.

В некоторых случаях прекрасный результат дают повязки с риваноловым спиртом. После отпадения пуповинного остатка свежую пупочную ранку ежедневно обрабатывают 5% настойкой йода или 5% раствором марганцовокислого калия.

В тех родильных домах, где уход за пупочной ранкой иной, детский врач дает сестре подробные и точные указания, как следует обрабатывать пуповинную культю или ранку.

Через 1—1½ недели пупочная ранка полностью эпителизуется и образуется небольшой втянутый рубец. Но иногда на месте отделившегося остатка пуповины образуется гранулирующая поверхность довольно значительных размеров, которая может выступать над поверхностью кожи в виде серовато-красного возвышения. Эта пупочная гранулема называется «фунгусом».

Чтобы эти грануляции не задерживали заживления пупочной ранки, их прижигают ежедневно палочкой ляписса. Иногда избыточно разросшаяся гранулема имеет «талию»; в этих случаях под нее подводят стерильную шелковую лигатуру, туго перетягивая по «тали» и тогда излишние грануляции вскоре опадают. Оставшиеся грануляции также прижигают палочкой ляписса.

Процедура прижигания очень проста: к гранулирующей поверхности прикладывают кончик ляписной палочки на 4—5 секунд, в результате чего окраска раневой поверхности становится беловато-серой.

Палочку ляписса хранят в специальном футляре. До и после прижигания ее осторожно (помня, что она хрупкая) протирают стерильным ватным тампоном, смоченным спиртом.

Наличие большого количества гранул у новорожденных свидетельствует о нарушении правил асептики при уходе за пуповиной. При хорошо организованном уходе за новорожденными гранулемы встречаются очень редко.

Если после отпадения остатка пуповины кожа вокруг пупочной раны становится отеочной и гиперемированной, сестра должна наложить на ранку повязку с риваноловым спиртом и показать ребенка врачу. Такое состояние пупочного кольца может быть началом серьезного заболевания — омфалита или флегмоны пупка.

В редких случаях после отпадения пуповины на пупке появляется красноватый валик, из которого выделяется слизь. В центре валика имеется крошечное отверстие. Это врожденный свищ пупка. В этом случае прижигания не помогают, лечение проводят только хирургическим путем.

Вскармливание новорожденного

Период новорожденности является периодом приспособления всех органов и систем ребенка к новым условиям жизни, условиям внеутробного существования. Значительно изменяются в это время и обмен веществ и функции пищеварительного тракта. Изменения эти своеобразны и наблюдаются у всех новорожденных детей.

Из всех факторов, имеющих большое значение для сохранения жизни и здоровья новорожденного, для его нормального развития наиболее важную роль играет правильное питание ребенка.

Для новорожденного ребенка единственным физиологическим питанием является естественное вскармливание грудью матери.

Советская система охраны материнства и детства направляет все усилия к тому, чтобы обеспечить новорожденного и грудного ребенка в первые месяцы жизни наиболее правильным и полноценным питанием — материнским молоком. Только этот вид вскармливания обеспечивает нормальное развитие ребенка и создает возможности для значительного снижения заболеваемости и ранней детской смертности.

Неправильное вскармливание новорожденного ребенка с первых дней его жизни часто является главной причиной рано возникающих острых и хронических расстройств питания и пищеварения, надолго и значительно задерживающих его физическое и психическое развитие.

Точно установлено, что среди новорожденных детей, рано переведенных на искусственное вскармливание, наблюдается гораздо более высокая заболеваемость и в период новорожденности, и в грудном возрасте.

Лишь очень немногие матери неспособны кормить ребенка грудью. В конце беременности и в первые дни после родов у женщин выделяется своеобразный по своему составу и внешнему виду секрет молочных желез, так называемое **молозиво**.

Молозиво — густая, несколько клейкая жидкость желтого или серовато-желтого цвета. По сравнению со зрелым женским молоком оно содержит больше жиров, почти в 4 раза больше белка и в 2 раза больше солей; сахара в нем несколько меньше, чем в зрелом молоке. При кипячении молозиво свертывается, что объясняется большим содержанием в нем альбумина и глобулина и меньшим — казеина.

Молозиво содержит ферменты, большое количество ценных для ребенка защитных иммунных тел, витаминов А, группы В, С и др.

Молозиво представляет собой высококалорийную и концентрированную пищу, богатую не только основными пищевыми ингредиентами, но и столь необходимыми новорожденному ребенку витаминами, ферментами и иммунными телами. Поэтому наиболее целесообразно начинать вскармливать новорожденного ребенка именно молозивом. Начиная со 2—3-го дня молозиво меняет свой состав, созревает и постепенно к концу 2-й — началу 3-й недели кормления превращается в зрелое молоко.

Зрелое женское молоко имеет белый цвет, сравнительно бедно белками и солями, богато молочным сахаром; в нем много лактальбумина, в состав которого входят аминокислоты, наиболее ценные для растущего организма новорожденного: триптофан, лизин, гистидин и др. Свежее женское молоко содержит много витаминов (отмечаются сезонные колебания содержания витаминов; облучение матери ртутно-кварцевой лампой увеличивает количество витамина D в ее молоке).

Гигиена матери. Соблюдение матерью элементарных требований гигиены является одним из необходимых условий благополучия новорожденного.

При поступлении в родильный дом беременная моется под душем стерильной мочалкой с мылом и переодевается в чистое белье (в некоторых родильных домах белье поступающих рожениц после стирки стерилизуется). Акушерка, дежурящая в смотровой, должна проконтролировать, как моется женщина. В случае необходимости роженице при купании помогает санитарка приемного покоя.

Начиная с третьих суток после родов проводится ежедневное обмывание молочных желез родильницы теплой водой с мылом. При обмывании молочных желез удаляются чешуйки кожи, пыль от белья и постели, засохшие молочные корочки, пот и т. п. Но нельзя добиваться «стерилизации» сосков какими-нибудь сильно действующими средствами, так как это может вызвать значительное раздражение кожи сосков или трещины. Перед каждым кормлением соски обмывают с помощью стерильных ватных шариков, смоченных 2% раствором борной кислоты или раствором марганцовокислого калия (1 : 8000). Обмывание сосков перед кормлением делает детская сестра.

Сестра готовится лоток со стерильной банкой для стерильных пинцетов и второй лоток также со стерильной банкой, в которой находятся небольшие стерильные ватные шарики, обильно смоченные 2% содовым раствором или слабым раствором марганцовокислого калия (1 : 8000). Таким шариком сестра, не касаясь руками ни шарика, ни соска женщины, осторожно и быстро обмывает соски, начиная с их кончика и заканчивая околососковым кружком; использованный шарик выбрасывается.

Подготовка к кормлению ребенка. К 6 часам утра, когда начинается кормление, необходимо закончить первый утренний туалет. К этому времени дежурная сестра должна проверить, каких детей в какие палаты нужно нести, так как за ночь в материнских палатах могли произойти перемены. Перед раздачей детей на кормление сестра должна

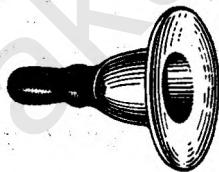


Рис. 12. Стекло-вая накладка с резиновой соской.

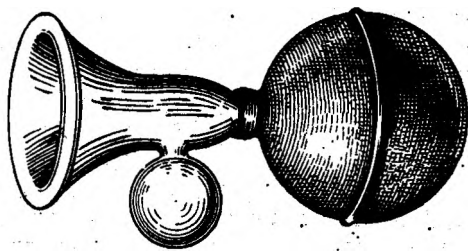


Рис. 13. Молокоотсос.

узнать у санитарки, вымыты ли у матерей руки. Кувшин или чайник с кипяченой водой, таз или ведро и мыло для мытья рук матерям подает палатная сестра или, чаще, са-

нитарка детской палаты. Матери, которым по состоянию здоровья лечащий врач разрешил ходить, моют руки над умывальником.

К началу кормления должны быть приготовлены стерильные накладки, молокоотсосы и стаканы для сцеженного молока (рис. 12, 13).

Детская сестра доставляет детей матерям на колясках-каталках или на руках.

Когда дети привезены в палаты для матерей, сестра раздает их, тщательно сверяя данные паспорта и номера кро-



Рис. 14. Первое прикладывание ребенка к груди.

ватей, чтобы не перепутать детей. Сестра должна помнить, на каком месте каталки лежал ребенок и при сборе детей класть его на это же место. Только в этом случае на каталке будет соблюдаться изоляция.

Больных детей сестра разносит на руках, надевая халат, в котором она их обслуживает.

Кормление ребенка грудью (рис. 14). Чистота постельного и нательного белья родильницы является, конечно, относительной. Поэтому на время кормления ребенка грудью под него подкладывают клеенку, которая постоянно хранится (от кормления до кормления) в специальном мешочке, висящем у изголовья матери. Перед каждым кормлением детей сестра или санитарка обрабатывает клеенку дезинфицирующим раствором.

Кормление детей должно продолжаться не более полчаса; этого времени вполне достаточно для насыщения ре-

бенка. Если же ребенок за полчаса высасывает меньше нужного ему количества молока, то дольше оставлять его у груди все равно не имеет смысла: ребенок не может дососать свою порцию молока потому, что он слаб или ему мешает неправильная форма соска (например, при втянутом или плоском соске), или, наконец, потому, что у матери мало молока и ребенок, опорожнив грудь, отказывается далее сосать ее.

Врач выясняет причину недостаточного высасывания молока новорожденным и в каждом отдельном случае рекомендует, какие меры следует принять, чтобы наладить нормальное питание ребенка.

В тех случаях, когда ребенок родился слабым и сосет вяло или совсем отказывается от груди, его временно, пока он не окрепнет, кормят сцеженным грудным молоком с ложечки или через соску.

При резких деформациях соска (рубцы после ожога и т. п.) или врожденных аномалиях его развития ребенка также кормят сцеженным молоком. Плоские соски не являются препятствием к кормлению грудью: ребенок часто сам приспособливается сосать грудь, захватывая вместе с соском и околососковый кружок. При втянутых сосках кормление грудью сначала весьма трудно наладить: ребенка прикладывают к груди, давая матери стерильную накладку, или же предварительно пытаются подтянуть сосок к поверхности молочной железы с помощью молокоотсоса. Иногда после нескольких минут сосания через накладку сосок слегка вытягивается, тогда накладку следует снять и попробовать дать ребенку грудь без накладки.

Для предупреждения трещин сосков, особенно круговых, когда сосок как бы подрезается, сестра должна научить мать следить, чтобы новорожденный захватывал в рот не только сосок, но и окружающую часть пигментированного околососкового кружка.

В первые дни ребенок не должен слишком долго сосать грудь, так как это также ведет к возникновению трещин и мацерации кожи соска.

Большинство новорожденных охотно сосет грудь с первых кормлений. Но не всегда ребенок сосет активно, и детская сестра должна помогать ему. Особенно необходимо научить неопытных первородящих матерей правильно кормить ребенка грудью.

В первые дни у многих женщин выделяется только скудное количество молозива. Многих матерей это очень

беспокоит, они считают, что у них нет молока и что ребенка придется перевести на искусственное вскармливание. Детская сестра обязана разъяснить, что в первые дни после родов это нормальное явление, что новорожденному особенно полезно молозиво и пренебрегать им не следует, что количество молока у кормящих матерей постепенно увеличивается.

Иногда ребенок во время кормления сосет несколько минут, затем несколько секунд отдыхает, затем опять начинает сосать; иногда он засыпает и, если его разбудить, вновь продолжает сосать грудь. В первые дни силы ребенка быстро иссякают при кормлении, так как для сосания требуется значительное усилие, детская сестра это должна знать и уметь разъяснить матери, что подобное поведение ребенка является естественным.

Ребенка более старшего возраста, уже научившегося сосать грудь, следует кормить не более 15 минут. При этом необходимо учитывать общее состояние ребенка и особенности лактации матери.

При кормлении или же сразу после него дети нередко срыгивают, иногда обильно. Довольно часто во время кормления дети испражняются. Следует разъяснить матерям, что это объясняется функциональными особенностями новорожденного, которые со временем исчезнут.

При заболевании матери маститом, при измененных сосках, трещинах сосков и т. п. сестра должна действовать согласно указаниям врача, строго индивидуально, но и в любом случае следует заботиться о сохранении для ребенка материнского молока, и, несмотря на трудности, стремиться, чтобы мать не прекращала кормления.

В родильных домах устанавливается точно определенный распорядок дня, в котором особое время занимают часы кормления. Режим дня должен строго соблюдаться персоналом родильного дома. Первое прикладывание новорожденного к груди матери в большинстве родильных домов, согласно инструкции Министерства здравоохранения СССР, проводится через 12 часов после рождения. Однако, как показывают наблюдения, наилучшие результаты дает прикладывание детей к груди через 6—8 часов после рождения. В течение 6 часов мать успевает отдохнуть после родов, а ребенок уже может быть приложен к груди. Обычно в первые 1—2 кормления матери приходится до некоторой степени приспособляться к новорожденному, а он привыкает к новой для него функции — сосанию. Поэтому

настоящее кормление начинается фактически только через 12 или даже 15 часов. Если же начать прикладывать новорожденного к груди через 12 часов, настоящее кормление начинается гораздо позднее. В тех случаях, когда ребенок извлечен при помощи акушерской операции с наркозом, приходится делать исключение и прикладывать ребенка к груди через 24 часа и даже позднее, давая ему донорское молоко и воду или 5% раствор глюкозы.

Высосанное ребенком грудное молоко подвергается в желудке действию желудочного сока и спустя определенное время переходит дальше, в двенадцатиперстную кишку. Полностью желудок опорожняется через 3 часа после кормления. У доношенных детей с хорошим весом вполне возможно удлинение промежутка между кормлениями на полчаса.

Следует строго соблюдать ночной промежуток между кормлениями, так как в это время в течение 6 часов отдыхает мать и ребенок. Если дети беспокойно ведут себя ночью, надо выявить причину этого (мокрые пеленки, неудобное положение в постели и др.), а в случае жажды — напоить ребенка кипяченой водой или 5% раствором глюкозы.

Частота кормлений, промежутки между ними не для всех детей должны быть одинаковы. В практике считается вполне достаточным, если здоровых детей весом от 2500 г и выше прикладывают к груди матери через 3½ часа с 6-часовым ночным промежутком, т. е. 6 раз в сутки. При весе ниже 2500 г в зависимости от степени недоношенности и общего состояния ребенка частота кормления может доходить до 7—10 раз в сутки. Иногда при этом приходится отказываться от кормления грудью и кормить ребенка, пока он не окрепнет, сцеженным грудным молоком. Частое кормление объясняется тем, что дети с небольшим весом высасывают при каждом кормлении меньше, чем высасывают более крупные дети.

Если возникает предположение о пониженной лактации у матери или о том, что новорожденный не досасывает необходимое количество молока, всегда следует точно установить количество высасываемого ребенком из груди молока путем контрольного взвешивания до и после кормления.

В случае, если ребенок высосал меньше положенного ему количества, ему дают необходимый докорм (с ложечки или из бутылки с соской).

Избыток молока может быть вреден так же, как и недоедание. Обычно при подозрении на недоедание определяют количество съеденного молока. Проводится это так: ребенка пеленают в сухие пеленки перед кормлением, запеленутого взвешивают (не забыть выверить точно весы) и затем, принеся от матери после кормления, взвешивают повторно. Данные взвешивания сестра заносит на специально подклеенный в историю развития новорожденного листок, на котором вверху значится фамилия ребенка и номер его истории развития, а ниже слева на определенном расстоянии друг от друга — дата и часы кормления. Рядом сестра проставляет вес в виде дроби: вес до кормления — вверху, вес после кормления — под чертой, внизу.

Если ребенок высосал меньше положенного ему по весу количества молока и получает докорм сцеженным грудным молоком до определенной нормы, то докорм обозначается рядом с дробью (+ столько-то миллилитров молока). Далее следует подпись сестры, сдающей дежурство.

Количество высосанного молока определяют в течение суток, а при необходимости в течение более продолжительного срока.

Если во время кормлений мать жалуется на недомогание, боли в молочной железе, кровотечение из трещин соска, сестра должна сообщить об этом врачу и с его разрешения или сократить время кормления, или пропустить кормление.

Детская сестра должна помнить, что ее пребывание в палате во время кормления необходимо по ряду причин: помимо того, что сестра быстро приходит на помощь матери в случае неумелого прикладывания к груди, у матерей часто возникает масса вопросов, касающихся ребенка, и сестра может проводить с ними в палате краткие беседы санитарно-просветительного характера.

Кроме того, сестра может вовремя остановить мать, если она поступает неправильно. Некоторые матери пытаются развернуть ребенка, чтобы самим убедиться, что у него «все нормально», т. е. нет уродств, опрелости; другие матери целуют ребенка, сняв маску, или надевают маску неправильно, открыв нос и даже рот, хотя сами они могут быть в это время больны гриппом. Иногда матери раньше времени прекращают кормить ребенка, говоря, что он уснул и «пусть поспит». Некоторые матери с гипергалактией (избыток молока) просят дать им чужого ребенка, чтобы он отсосал избыток молока из груди. Иногда они пытаются

кормить чужого ребенка, сочувствуя его матери, у которой мало молока. Сестра должна разъяснить, что это недопустимо, так как может явиться причиной заражения и матерей, и детей различными заболеваниями.

Необходимо, чтобы детские сестры, так же как и палатные акушерки, пропагандировали среди родильниц сцеживание молока после кормления, так как это способствует нормальной функции молочной железы. Кроме того, сцеженное грудное молоко после пастеризации служит основным источником питания для детей, матери которых совсем не могут кормить грудью или имеют очень мало молока, или в случае смерти матери.

Излишки собранного грудного молока из родильного дома могут быть отданы в детские консультации или больницы, где женское молоко необходимо как лечебное питание при детских поносах и других заболеваниях.

Сцеживание молока. Сцеживание молока следует начинать со 2—3-го дня после родов. Обязанностью детской сестры и палатной акушерки является обучение матерей правильному сцеживанию молока. Наиболее быстрый, хотя не совсем щадящий способ — это сцеживание стеклянным молокоотсосом, снабженным резиновым баллончиком.

К началу кормления молокоотсосы должны быть простерилизованы. Родильница сжимает рукой резиновый баллончик и одновременно приставляет молокоотсос отверстием к соску; затем она отпускает баллон, который расправляется; при этом сосок втягивается в молокоотсос и из соска появляются тонкие струйки молока, стекающего в резервуар молокоотсоса. Повторяя сжатие баллона и отпуская его, мать сцеживает молоко в резервуар. Когда он наполнится молоком, мать снимает молокоотсос, выливает молоко в стерильный стакан, стоящий на ее тумбочке, и продолжает сцеживать молоко.

При отсутствии молокоотсоса, молоко можно сцеживать руками (рис. 15). Сцеживать молоко необходимо в стерильный стакан. Предварительно мать тщательно моет руки с мылом и насухо вытирает их. Обими руками мать охватывает молочную железу с боков или одну руку кладет поверх железы, а вторую — на нижнюю ее сторону и легко равномерно нажимает на молочную железу, передвигаясь от ее основания к околососковому кружку. Соска нельзя касаться руками. Сцеживать надо терпеливо, не спеша, так как от грубого и резкого сцеживания на сосках могут образоваться трещины. Детская сестра должна дать

необходимые советы матерям и помочь им избежать неприятных осложнений.

Стерилизация и пастеризация молока. Сцеженное в стаканы грудное молоко детская сестра прикрывает стерильными марлевыми салфетками и собирает его для стерилизации или пастеризации. В крупных родильных домах стерилизация молока проводится специально выделенной



Рис. 15. Мать сцеживает молоко руками в чистую бутылочку.

сестрой, ведающей сбором грудного молока. В небольших родильных домах стерилизацию молока в детском отделении проводит дежурная детская сестра, которая должна хорошо знать, как следует стерилизовать молоко.

Перед стерилизацией бутылочки для молока должны быть хорошо отмыты от остатков молока ершиками, тщательно выполосканы проточной водой и проверены на свет. Бутылочки расставляют в специальном штативе горлышками вниз, чтобы хорошо стекла вода. Затем разливают молоко в бутылки, закупоривают каждую бутылку пробкой (лучше всего ватным стерильным шариком) и ставят их или в аппарат для стерилизации (типа Сокслета) или же просто в приспособленную для стерилизации кастрюлю.

В кастрюле должна быть жестяная, деревянная или проволочная подставка с гнездами для бутылочек (вроде

подставки для варки овощей на пару), устроенная с таким расчетом, чтобы стоящие в гнездах бутылочки своим дном не касались дна кастрюли (чтобы они не лопнули). В кастрюлю наливают теплую воду, уровень которой должен быть выше уровня молока в бутылочках. Затем кастрюлю ставят на огонь, доводят воду до кипения и держат бутылочки в кипящей воде еще 5—8 минут. После этого стерилизация считается законченной.

Пастеризация проводится при более низкой температуре — 65—75°, но продолжительность нагревания значительно удлиняется — до 30 минут. При этом в кастрюле или аппарате, где находятся бутылочки с молоком, обязательно должен быть водяной термометр. Температура воды в кастрюле доводится до 65°, затем огонь убавляют, поддерживая эту температуру в течение 30 минут. При пастеризации состав грудного молока меняется меньше, чем при нагревании до 100°, но стерилизация применяется чаще ввиду того, что она проще и быстрее. Во время пастеризации необходимо неотступное наблюдение за температурой воды, а при занятости персонала детской палаты, особенно в небольших родильных домах, это не всегда возможно. Однако детские сестры должны хорошо знать, насколько полезнее детям пастеризованное молоко, и всячески стремиться проводить его пастеризацию, а не стерилизацию.

Стерилизуют или пастеризуют грудное молоко в бутылочках емкостью 200, 100 и 50 г. Для нужд самого родильного дома удобнее всего бутылочки емкостью 50 и 100 г; бутылки большей емкости предназначены для выдачи детским больницам или детским консультациям.

После окончания стерилизации кастрюлю с бутылочками снимают с огня и осторожно охлаждают, не выливая из нее горячей воды. Охлажденные бутылочки с молоком до употребления ставят в холодильник во избежание порчи молока. В родильных домах, не имеющих холодильника, молоко можно держать в холодной воде, которую надо часто менять.

Иногда врач назначает ребенку докорм сцеженным материнским молоком. Если мать совершенно здорова, сцеженное ею молоко можно давать ее ребенку без стерилизации. Сестра должна лишь проследить, чтобы непременно соблюдались следующие условия: у матери должны быть чистые руки и чистые соски: она должна правильно надевать маску; молоко необходимо сцеживать в стерильную посуду и давать ребенку сразу же после сцеживания.

Детская сестра должна помнить, что при стоянии на свету сцеженное женское молоко теряет витамины С и В₂, и разъяснить это кормящей матери.

Из стерильного стакана молоко сразу переливают в стерильную бутылочку; на нее наклеивают или привязывают этикетку с фамилией и номером ребенка и ставят в холодильник. Если только что сцеженное молоко матери нельзя немедленно использовать для кормления ее ребенка, его можно сохранить до следующего кормления, но не более 2½—3 часов (обязательно в холодильнике). Дальнейшее хранение молока бесполезно, так как оно становится непригодным для кормления новорожденного.

Новорожденным, получающим стерилизованное молоко, врач назначает аскорбиновую кислоту, так как при стерилизации витамин С разрушается.

Препятствия и затруднения при кормлении грудью. Препятствия и затруднения при кормлении грудью могут возникнуть со стороны как матери, так и ребенка.

Затруднения при кормлении грудью со стороны матери могут зависеть от формы и величины сосков, заболевания сосков и молочной железы, нарушения функции лактации, расстройств нервной системы матери.

При сосках неправильной формы (остроконечные, втянутые, бугристые, малые, расщепленные и др.) наибольшее затруднение при кормлении вызывают короткие, плоские и втянутые соски. При первой форме сосок легко выскальзывает изо рта ребенка, а при остальных двух формах ребенок плохо захватывает сосок.

Во всех этих случаях можно пробовать осторожно и нежно оттягивать сосок перед каждым кормлением молокоотсосом или вытягивать его пальцами. Кроме того, надо следить, чтобы ребенок захватывал вместе с соском часть околососкового кружка.

Матери следует внушить, что результат зависит от ее терпения и настойчивости. Если хороший результат получить все же не удастся, надо переходить к кормлению через накладку. Если же и с накладкой кормление не налаживается, ребенка следует кормить сцеженным молоком.

Иногда кормлению мешает форма груди матери. Даже если сосок правильной формы, тугая грудь молодой первородящей матери, особенно в первый период значительного нагрубания груди, служит препятствием к кормлению. В этом случае перед кормлением следует сцедить небольшое количество молока, чтобы слегка ослабить напряже-

ние молочной железы и дать возможность ребенку надежно захватить сосок.

Большие затруднения при кормлении вызываются трещинами сосков. Трещины могут быть разной формы и степени. Иногда — это эрозии и дефекты верхних слоев эпителия, а иногда — глубокие линейные разрывы. Иногда трещины образуются у основания соска, так называемые подрезные трещины. Трещины могут давать значительные кровотечения и быть причиной ложной мелены новорожденных.

Прекращать кормление при трещинах сосков не следует. Можно лишь дать отдых больной груди на 1—2 дня, прикладывая к больной груди не в каждое кормление, и кормить ребенка через накладку.

При мастите отнимать ребенка от груди следует не всегда. Только тогда, когда мать испытывает сильную боль, к молоку примешивается гной и состояние матери ухудшается, следует прекратить прикладывание ребенка к больной груди и для сцеживания молока пользоваться молокоотсосом.

Значительное затруднение при кормлении ребенка грудью создает гипогалактия — недостаточное отделение молока. Оно проявляется сравнительно рано. При ранней гипогалактии, в период новорожденности, различают две ее формы: первичную, или истинную, гипогалактию, причины которой иногда очень трудно установить, и вторичную, обычно вызываемую неправильным кормлением ребенка, неправильным питанием родильницы, ее заболеваниями и другими чисто внешними причинами.

Если первичную гипогалактию далеко не всегда можно ликвидировать, то вторичная, временная, может быстро исчезнуть, если факторы, ее вызвавшие, будут устранены.

При подозрении на гипогалактию надо провести контрольное взвешивание ребенка до и после кормления в течение нескольких дней подряд (контрольный учет высосанного молока ведется по назначению врача).

Прежде всего следует помнить, что психическое состояние кормящей матери имеет большое значение, поэтому персонал должен поддерживать в женщине уверенность в ее способности к кормлению. Это может благотворно сказаться на лактации, так как не всегда можно точно определить, зависит ли гипогалактия от анатомических аномалий самой молочной железы или же от состояния

нервной системы матери. Параллельно психотерапии мать получает инъекции маммокринина, пролактина и др.

Во всех случаях, когда имеются какие-либо препятствия к кормлению новорожденного грудью матери, врач решает вопрос индивидуально и дает необходимые указания сестре.

Затруднения при кормлении со стороны ребенка чаще всего возникают у детей, имеющих врожденные пороки развития и уродства полости рта и носа (незаращение верхней губы, твердого неба, врожденные зубы, опухоли в полости рта, прогнатизм). Во многом успех зависит от степени порока. Иногда ребенку удается приспособиться и он в состоянии высасывать свою порцию молока, не нуждаясь в докорме. При резко выраженных пороках полости рта детей приходится кормить сцеженным грудным молоком.

Затруднения довольно часто возникают у детей, страдающих воспалительными заболеваниями полости рта и носа. Молочница, стоматиты, острый насморк могут стать причиной плохого сосания.

Плохо сосут грудь и недоношенные дети вследствие своей слабости. Их вскармливают иногда через зонд, чаще из пипетки, с помощью соски до того момента, когда ребенок окрепнет и сможет взять грудь.

Среди детей доношенных, вполне здоровых, бывают дети с плохо развитым сосательным рефлексом и так называемые ленивые сосуны. Детской сестре нужно применить всю свою настойчивость и много терпения, чтобы эти дети научились сосать грудь, причем следует помнить, что при постоянном недоедании эти дети могут постепенно ослабеть, у них развивается гипотрофия, а это может еще больше осложнить вскармливание грудью.

Детская сестра должна вовремя сообщать врачу о детях, вяло и неохотно сосущих, и докармливать их с ложечки или через соску, чтобы предупредить развитие гипотрофии.

Препятствием к кормлению грудью могут быть некоторые заболевания детей инфекционного характера (рожа лица, тяжелая пузырчатка и др.), когда возникает опасность инфицирования матери. Наконец, при ряде тяжелых заболеваний (пневмония, сепсис, внутричерепная травма и др.) дети отказываются от груди и их приходится кормить сцеженным материнским молоком.

Количество высасываемого ребенком молока ежедневно увеличивается. В 1-й день ребенок почти ничего не высасы-

вает, на 2-й день — за сутки он высасывает около 70 г, на 3-й день — около 140 г, на 4-й — около 210 г, на 5-й — 280 г, на 6-й — 350 г, на 7-й — 420 г. Безусловно, это приблизительные цифры. Для быстрого определения нужного количества молока на одно кормление новорожденному (в первые 7 дней) можно пользоваться формулой: $10 \times n$ (n — число дней жизни ребенка); например, ребенку 3 дня, он должен на одно кормление получить $10 \times 3 = 30$ мл. Количество необходимого ребенку молока зависит от степени его зрелости, доношенности, веса.

Ребенку нужно давать точно определенное количество молока, а если он не высосал назначенного количества, сестра докармливает его сцеженным молоком в детской.

Необходимое новорожденному суточное количество молока легко вычисляется по широко распространенной формуле Финкельштейна. Новорожденному необходимо давать в сутки такое количество молока, которое равно произведению числа 70 или 80 на число прожитых ребенком дней жизни минус один.

Число 70 применяют для новорожденных, имеющих первоначальный вес ниже 3200 г, число 80 — для детей с первоначальным весом выше 3200 г. Приведем такие примеры.

1. Вес при рождении 2900 г. Ребенку 5 дней. Потребное ребенку суточное количество молока $(5-1) \times 70 = 280$ г.

2. Вес при рождении 3850 г. Ребенку 6 дней. Необходимое ребенку суточное количество молока $(6-1) \times 80 = 400$ г.

Надо помнить, что, начиная со второй недели жизни, эти формулы уже не применимы, и количество пищи надо рассчитывать, исходя из веса ребенка. В среднем оно должно составлять (по весу) 1,5—1,6 веса ребенка.

После 2 недель наиболее точным является калорийный расчет. По Маслову, ребенок в возрасте до 3 месяцев должен получать 125 калорий на 1 кг веса; ребенок в возрасте 3—6 месяцев должен получать 110 калорий на 1 кг веса, а от 6 месяцев до 1 года — 100—95 калорий.

Применение искусственных питательных смесей. В случае смерти матери во время родов, а также тогда, когда мать из-за болезни не может кормить ребенка, его следует вскармливать сцеженным грудным молоком других матерей. Крайне необходимо вскармливать ребенка грудным молоком в течение первой недели жизни, как бы ни было трудно его достать, и лишь на второй неделе постепенно приучать и затем переводить ребенка на разведенное ко-

ровье молоко и смеси Б-рис, Б-овес; на третьей неделе ребенку начинают постепенно давать кефир. При недостаточном количестве грудного молока ребенка приходится кормить смешанным способом, т. е. частично женским молоком, частично искусственными смесями.

В исключительных случаях, когда грудное молоко достать невозможно, ребенка приходится целиком переводить на искусственное вскармливание. Детская сестра должна знать, что чем дольше ребенок получает грудное молоко, тем лучше он развивается. Даже в тех случаях, когда ребенок находится на искусственном вскармливании, несколько миллилитров грудного молока могут быть очень полезны новорожденному.

Искусственное вскармливание является в раннем детском возрасте весьма нежелательным выходом из положения и часто влечет за собой угрозу для здоровья ребенка, особенно недоношенного или ослабленного.

Ребенок, находящийся на искусственном вскармливании, всегда несколько отстает в развитии от детей, получающих грудное молоко матери, и его организм значительно слабее противостоит вредным воздействиям окружающей среды.

Обычно искусственные смеси получают из молочной кухни, а если ее нет, простейшие смеси должна уметь готовить детская сестра или акушерка (в небольших сельских родильных отделениях).

Молоко для приготовления смесей должно быть безупречным по качеству, от здоровых коров, находящихся под постоянным врачебно-ветеринарным надзором и получающих полноценный корм. Обслуживать коров должен здоровый, регулярно проходящий медицинский осмотр персонал.

Коровье молоко — очень ценный, высокопитательный пищевой продукт. Однако по своему химическому составу оно уступает женскому молоку. Искусственные молочные смеси не могут заменить женское молоко, особенно при вскармливании детей периода новорожденности.

При вскармливании искусственными питательными смесями следует помнить, что они значительно труднее и медленнее перевариваются в желудке и кишечнике и поэтому не следует назначать частых приемов пищи; наилучшим является 6-разовое кормление. Необходимо как можно раньше переводить ребенка, получающего искусственное вскармливание на 5 кормлений в сутки.

Приготовление искусственных смесей, применяемых для вскармливания новорожденных

1. Сироп сахарный (100%). При изготовлении смесей удобнее всего добавлять сахар в виде 100% сахарного сиропа. К 1 кг сахара добавляют 300 мл воды и на небольшом огне, постоянно помешивая, доводят его до жидкого состояния. Когда сироп закипит, его фильтруют, измеряют его объем и добавляют кипяченой воды до объема 1 л. 1 мл такого сиропа содержит 1 г сахара (по весу) и 0,27 мл воды.

2. Сливочно-молочная смесь Сперанского. В состав этой смеси входит 15% сливок (1% жирности), 35% молока, 5% сахарного сиропа и 45% воды. Полученную после смешивания смесь разливают по бутылочкам, а затем стерилизуют при 100° 5 минут.

3. Отвар слизистый (овсяный, рисовый, ячневый). 60 г перебранной и хорошо промытой крупы заливают 1 л холодной воды и варят на слабом огне до появления достаточного количества слизи.

Рисовую крупу после предварительного замачивания варят 2—3 часа, овсяную — от 45 минут («взорванная овсянка» — геркулес) до 4 часов (овсянка); геркулес до варки не замачивается; перловую и ячневую крупу варят 3—3½ часа. После окончания варки отвар процеживают через марлю или сито, доливают кипяченой водой до 1 л, прибавляют 4 г соли и еще раз кипятят.

4. Простые смеси. Смесь № 1 (1 : 2). Молока 1 часть, воды 2 части, сахара 5% на всю смесь. Смесь № 2 (1 : 1). Молока 1 часть, отвара 1 часть. Сахара 5% на всю смесь. Сырое молоко, сахарный сироп, отвар смешивают в указанных соотношениях, разливают в бутылочки и стерилизуют. В 100 г смеси № 1 содержится 42 калории, в смеси № 2 — 56 калорий.

5. Пахтанье кислое. Свежее сырое молоко подогревают до температуры 35—40° и пропускают через сепаратор. В полученных после сепарирования сливках определяют процент жира. Если сливки имеют больше 10% жира, их разбавляют молоком с таким расчетом, чтобы их жирность не превышала 9—10%. Сливки пастеризуют при температуре 61° в течение 30 минут и быстро охлаждают до 2—4°. Охлажденные сливки выдерживают 4—6 часов, затем подогревают до 10—12° и сбивают в маслобойке. Полученная после сбивания масса — пахта — сквашивается. Для этого в пахту добавляют 4—5% закваски. Перед заквашиванием пахтанье должно иметь температуру 18—24°. При этой температуре оно выдерживается в течение 6—8 часов, пока не достигнет кислотности 60—70° по Тернеру.

К сквашенной пахте добавляют 1—2% поджаренной пшеничной муки, после чего пахту вместе с мукой ставят на очень слабый огонь и при постоянном помешивании в течение получаса доводят до 70—75°. К пахтанью добавляют 4—5% сахара. Смесь держат еще 2—3 минуты на огне, после чего немедленно охлаждают. При охлаждении смесь, так же как и при нагревании, надо энергично помешивать, чтобы не получилось крупных хлопьев белка. Охлажденную смесь при постоянном размешивании разливают в бутылочки и сохраняют до кормления.

Вместо пшеничной можно брать муку Нестле, декстринизированную детскую муку и др.

Приготовление пахтанья из обезжиренного кислого молока. Свежее сырое молоко подогревают до температуры 35—40° и пропускают через сепаратор; полученный обрат имеет 0,1—0,2% жира. К нему добавляют

для обогащения его необходимым количеством жира (1—1,2%) сливки. Такое молоко стерилизуют, затем охлаждают до температуры 20—35°; в охлажденное молоко вносятся закваски 4—5%. Заквашенное молоко при 20—24° оставляют на 6—8 часов, пока кислотность не достигнет 60—70° по Тернеру. В последующем приготовление должно быть таким, как и из настоящей пахты.

Для приготовления пахтанья можно пользоваться и цельным молоком, с которым поступают так же, как и с обезжиренным, но после скисания его надо пропустить через маслобойку.

Б-рис и Б-овес (на 1 л): молока 500 мл, сахарного сиропа 50 мл, отвара простого (рисового или овсяного) 450 мл.

В-рис и В-овес (на 1 л): молока 665 мл, сахарного сиропа 50 мл, отвара простого (рисового или овсяного) 285 мл.

Приготовление. В сырое молоко добавляют отвар (в охлажденном виде) и сахарный сироп. Смесь тщательно перемешивают, разливают по бутылочкам, закупоривают, подвергают тепловой обработке, этикетировать и хранят при температуре 2—8° выше нуля.

Кефир (на 1 л или 200 мл): молока 950 мл или 190 мл.

Приготовление. Кефир может быть приготовлен двумя способами.

1. Пастеризованное (90—95°, 30 минут) охлажденное до 24—28° молоко заквашивают, тщательно перемешивают, разливают в стерильные бутылочки, закупоривают, этикетировать и выдерживают при температуре 18—20° с обязательным периодическим встряхиванием до свертывания молока, после чего кефир ставят в холодное помещение (2—8° выше нуля).

2. Молоко пастеризуют (90—95°, 10—15 минут) непосредственно в закупоренных бутылочках, и по охлаждении до 24—28° в каждую бутылочку вносят закваску, тщательно взбалтывают, закупоривают и выдерживают так же, как и при приготовлении первым способом.

Второй способ хотя и кропотливее, но гарантирует большую чистоту продукта.

Кефир применяется однодневный и двухдневный. Однодневный кефир получается после 24 часов с момента заквашивания, двухдневный — по истечении 48 часов.

Кислотность однодневного кефира 80—90° по Тернеру. Кислотность двухдневного кефира 90—100° по Тернеру.

Кефир с сахаром (на 200 мл): молока 180 мл, закваски кефирной 10 мл, сахарного сиропа 10 мл.

Приготовление. В сырое молоко добавляют сахарный сироп. Молоко тщательно перемешивают, разливают в бутылочки, закупоривают и подвергают тепловой обработке (90—95°, 10—15 минут). В охлажденное до 24—28° молоко в бутылочках добавляют кефирную закваску. Заквашенное молоко взбалтывают и оставляют при 18—20° с обязательным периодическим встряхиванием до свертывания. Полученный кефир этикетировать и сохраняют при температуре 2—8° выше нуля.

Б-кефир (на 100 мл): кефир 50 мл, рисовый отвар 45 мл, сахарный сироп 5 мл.

В-кефир (на 100 мл): кефир 65 мл, рисовый отвар 30 мл, сахарный сироп 5 мл.

Приготовление. В бутылочки с кефиром перед выдачей вливают пастеризованную охлажденную смесь рисового отвара и сахарного сиропа. Смесь взбалтывают, закупоривают и этикетировать.

Примечание. Кефирную закваску готовят из свежих кефирных грибков. Если свежих кефирных грибков нет, а имеются кефирные гриб-

ки сухие, их хранят в сухом прохладном месте и перед приготовлением закваски их предварительно «оживляют».

Сухие кефирные зерна заливают 5—6-кратным объемом тепло- вой воды (30°); через каждые 2—5 часов воду сменяют. Эту операцию повторяют 4—6 раз, после чего зерна промывают и заливают обезжирен- ным пастеризованным молоком, температура которого должна быть 25°. Молоко ежедневно заменяют свежим до тех пор, пока грибки не набух- нут и не всплывут на поверхность, а молоко не начнет пениться. В тече- ние дня грибки в молоке несколько раз встряхивают.

«Оживление» примерно происходит в течение 2—3 дней. Набухшие и всплывшие на поверхность молока грибки промывают на стерильном сите тепло- вой кипяченой водой, переносят пинцетом (стерильным) в стерильный стакан, заливают пастеризованным охлажденным до 25° обезжиренным молоком. На 100 г грибков берут 1 л молока. Стакан за- крывают несколькими слоями стерильной марли и оставляют при ком- натной температуре (20—22°) до сквашивания. Время от времени мо- локо встряхивают. Через 10—14 часов закваска обычно бывает готова. Признаком зрелости закваски является свертываемость молока с обра- зованием сгустка и небольшая пенистость. Тогда закваску процеживают через стерильное сито и стерильную посуду и используют для пригото- вления кефира.

Т в о р о г. Творог готовят из цельного молока (жирного). Он мо- жет быть приготовлен как пресный, так и кислый.

Рецептура пресного творога на 1 кг: молоко 6 л, молочнокислый кальций 24 г или хлористый кальций 60 мл 20% раствора.

Приготовление. К холодному молоку добавляют молочно-кислый кальций или раствор хлористого кальция. Молоко размешивают и на- гревают до кипения, после чего его немедленно снимают с огня и охлаждают до комнатной температуры для лучшего отделения сыворот- ки. Полученный пресный творог откидывают на стерильное сито, покры- тое стерильной марлей. Массу отжимают, протирают через сито и хранят при температуре 2—8° выше нуля.

Т в о р о г к и с л ы й. Для приготовления кислого творога приме- няют закваску из молочнокислых стрептококков. Если ее нет, то мож- но применять кефирную закваску.

Рецептура кислого творога на 1 кг: молоко 6 л, закваски 300 мл.

Приготовление. Пастеризованное или кипяченое молоко охлаждают до 28°, заквашивают и тщательно перемешивают. Для получения плот- ного сгустка заквашенное молоко оставляют при комнатной температуре до сквашивания (12—14 часов). При более высокой температуре (28—30°) сквашивание наступает скорее (8—10 часов). Для створаживания сосуд со сквашенным молоком помещают в паровой стерилизатор при темпе- ратуре пара или воды 70—75° на 1—1½ часа. Створаживание можно считать законченным тогда, когда отслоится совершенно прозрачная сы- воротка. После этого сосуд со створоженным молоком вынимают и охлаждают до комнатной температуры для лучшего отделения сыворот- ки. Полученную массу откидывают на стерильное сито, покрытое сте- рильной марлей, слегка отжимают и протирают стерильной ложкой через то же сито. Готовый творог расфасовывают в стерильные стаканчики, закрывают стерильным пергаментом и хранят при температуре 2—8° выше нуля.

Т в о р и с (на 1 л): творог пресный или кислый 300 г, рисовый отвар 600 мл, сахарный сироп 100 мл.

Приготовление. К протертому 2 раза через стерильное сито творо- гу постепенно при непрерывном помешивании добавляют пастеризован-

ную охлажденную смесь рисового отвара и сахарного сиропа. Массу помещают в стерильные бутылочки, закрывают стерильным пергаментом и хранят при температуре 2—8° выше нуля.

В последние годы все более широкое применение получили сухие смеси. Они могут сохраняться довольно продолжительные сроки, не теряя при этом своих качеств; способ применения прост и отнимает минимум времени и труда. Некоторые из сухих смесей, в частности бэби-сэм, можно давать детям рано.

Стерильные искусственные молочные смеси обязательно следует хранить в холодильнике и подогревать перед кормлением ребенка.

Перед кормлением сестра берет бутылочку, обязательно прочитывает этикетку на ней, чтобы убедиться, что там находится нужная ей смесь, и ставит ее в кастрюльку с теплой водой. Чтобы содержащаяся в бутылке смесь равномерно согревалась, ее надо периодически встряхивать. Когда бутылочка согреется настолько, что, приложенная к щеке, будет давать легкое приятное ощущение тепла, сестра открывает ватную пробку, наливает на чайную ложку смесь и пробует, не скисла ли она и не имеет ли неприятного привкуса (у коров, которые едят горькие травы, молоко приобретает горький вкус). Затем чистыми руками сестра берет пинцет, достает из стерилизатора стерильную резиновую соску, надевает на бутылочку и кормит ребенка.

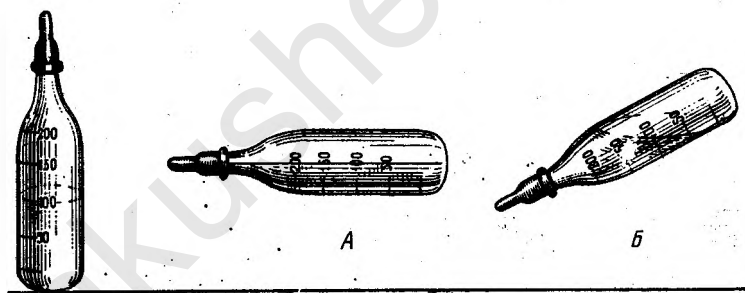


Рис. 16. Положение бутылочки во время кормления ребенка.

А — неправильное; Б — правильное.

Соски перед употреблением готовят так: новые соски моют горячей водой с мылом, потом раскаляют толстую швейную или инъекционную иглу и ею прокалывают кончик каждой соски; затем соски кипятят и хранят в стерилизаторе или, лучше, в сложенной конвертом стерильной пленке.

Детская сестра должна знать, что во время кормления из бутылочки ребенка нужно держать на руках, а не класть

бутылочку в кроватке около ребенка (рис. 16). Следует учитывать и то обстоятельство, что при кормлении из соски дети легко привыкают к этому способу, а затем, когда ребенка можно приложить к груди выздоровевшей матери, он часто не берет грудь. Поэтому в тех случаях, когда смесь дают временно, ее следует давать с ложечки. Это отнимает у детской сестры больше времени, но зато потом ребенок лучше, охотнее вновь берет грудь.

Кормление искусственными молочными смесями недоношенных и тяжелобольных детей недопустимо — для них во что бы то ни стало надо доставать грудное молоко.

Детская сестра, ухаживающая за детьми, получающими искусственные смеси, должна следить за стулом этих детей и о малейших отклонениях от нормы сообщать врачу.

Питьевой режим новорожденного. Новорожденный, получая положенное ему количество грудного молока, нуждается еще и в том, чтобы ему регулярно давали то или другое питье. Это особенно необходимо при большой потере веса у крупных детей (свыше 4 кг) или болезни новорожденного. В этом случае часто от добросовестного выполнения назначений врача зависит спасение жизни новорожденного.

Для питья детям готовят свежую кипяченую воду, чай, 5% раствор глюкозы. Количество необходимого питья новорожденному в каждом отдельном случае определяет врач. Применение для питья солевых растворов — физиологического раствора, поваренной соли, раствора Рингера и др. — должно быть ограничено, строго индивидуализировано и четко дозировано, но кипяченую воду сестра должна давать ребенку и без назначения врача, как только заметит у него признаки жажды.

В особых случаях, строго по назначению врача, новорожденным вводят жидкость подкожно, внутривенно, внутримышечно или в прямую кишку.

Недоношенные дети и уход за ними

Недоношенными считают детей, родившихся с весом не более 2500 г и ростом до 45 см; детей с весом ниже 2000 г считают глубоко недоношенными. Детей, родившихся в результате позднего аборта с весом 1000 г и меньше, считают плодами. Деление детей по весу и росту, безусловно, примитивно. Встречаются дети со значительно большим весом и ростом, тем не менее имеющие явные признаки недоношенности, и, наоборот, иногда дети с весом 2500 г могут вполне считаться по своему физическому развитию доношенными. Но, помимо главных показаний роста и веса новорожденного, акушерка должна обратить внимание на наличие других достоверных признаков недоношенности: особую, ярко-красную или эритемно-синюшную окраску кожных покровов, слабое развитие подкожно-жирового слоя, низкий тургор кожи, обилие пушковых волос на лице и тельце, мягкость и податливость ушных раковин, недоразвитие ногтей, низкое прикрепление пуповины, зияние половой щели у девочек или отсутствие яичек в мошонке у мальчиков, низкий мышечный тонус и другие признаки недоношенности или незрелости новорожденного ребенка.

В каждом случае вопрос о степени недоношенности новорожденного решает детский врач.

В СССР здравоохранение предупреждает все, что может помешать рождению здорового ребенка. На это направлено и советское законодательство, создана широкая сеть женских консультаций, которые ведут тщательное наблюдение за состоянием здоровья беременной и в случае, если ей угрожают преждевременные роды, принимают все

профилактические меры вплоть до госпитализации в отделение патологии беременности родильного дома или в родильное отделение больницы.

При наступлении родов раньше срока персонал родильного дома должен позаботиться о том, чтобы они прошли возможно щадяще для ребенка и чтобы к моменту его рождения было все подготовлено и создана наиболее благоприятная обстановка.

Основные правила ухода за недоношенными детьми сводятся к следующему.

1. Недоношенный ребенок очень слаб, хрупок, его сосуды легко травмируются и поэтому у него сравнительно часто бывают кровоизлияния, как внутричерепные, так и других органов. Обращаться с таким ребенком следует крайне осторожно, бережно производя необходимые манипуляции. При асфиксии оживление должно проводиться бережно, без сильных шлепков, контрастных ванн, опускания головки вниз, потряхиваний; наилучший эффект при асфиксии дает способ Легенченко, как наиболее физиологический и щадящий.

2. Терморегуляция недоношенного ребенка еще несовершенна, и надо предупредить его охлаждение, которое для него может быть губельным. Теплая ванна при появлении на свет, проведение манипуляций под тепловым рефлектором, укладывание на грелки после пеленания — все это важные мероприятия, однако надо остерегаться, чтобы в результате проводимых мероприятий не возникло и перегревание ребенка. Надо стремиться к созданию оптимальной температуры окружающей его среды, по возможности уменьшающей колебания температуры тела новорожденного.

3. Недоношенный ребенок плохо упитан, ослаблен и особенно нуждается в правильном вскармливании.

4. Сопrotивляемость организма недоношенного ребенка ничтожна, и поэтому следует всячески оберегать его от инфекции. При правильной организации условий окружающей среды, хорошем уходе и нормальном вскармливании недоношенные дети хорошо развиваются физически, а вес их к концу первого года жизни увеличивается в 5—7 раз (Э. М. Кравец).

Организационные мероприятия в создании оптимальной обстановки для недоношенных новорожденных играют огромную роль. Размещение недоношенных новорожденных в крупных родильных домах, где имеются отделения для

недоношенных, должно производиться с учетом веса и общего состояния.

1. Новорожденных с глубокой недоношенностью с очень низким весом (до 1600 г) помещают в особую кувезную палату. В кувезную палату помещают также новорожденных со слабостью сердечной деятельности, с явлениями склеремы и т. д., хотя вес их может быть больше 1600 г.

2. Новорожденных весом от 1600 до 2000 г, не нуждающихся в кювезе, помещают в особую палату.

3. Новорожденных весом выше 2000 г (2000—2500 г) помещают в отдельную палату.

Такое строгое разделение недоношенных новорожденных по соответствующим палатам имеет важное значение, если учесть то обстоятельство, что в разных группах режим кормления, лечения и ухода различный.

Температурный режим. Несовершенная функция терморегуляции у недоношенных новорожденных требует особых мероприятий для создания им оптимального температурного режима.

Для недоношенного новорожденного важно поддержание температуры тела на постоянном оптимальном уровне 36° .

Способность организма сохранять стойкую температуру тела создается постепенно, в процессе приспособления к изменившимся условиям внешней среды после рождения.

Поэтому температура тела новорожденных снижается сразу же после рождения, если они попадают в неблагоприятную для них обстановку с низкой температурой воздуха и повышенной влажностью.

Однако в результате стремления во чтобы то ни стало согреть новорожденного, особенно недоношенного, довольно часто происходит его перегревание, а это для ослабленного недоношенного ребенка иногда хуже, чем охлаждение. Перегревание может вызвать у недоношенных детей ряд болезненных явлений: потерю аппетита, рвоту, понос и падение веса. Происходит обезвоживание, повышение обмена веществ, сгущение крови и т. д. Чем резче выражена степень гипотрофии, чем больше недоношен ребенок, тем сильнее влияние высокой температуры окружающей среды на температуру его тела. Так называемая кувезная лихорадка является, как правило, результатом неправильного согревания недоношенных детей.

Детской сестре всегда необходимо помнить, что неправильное согревание недоношенного ребенка может привести к серьезным расстройствам состояния его здоровья.

В первые минуты после рождения с недоношенным ребенком производят ряд необходимых манипуляций: закапывание в глаза по Матвееву—Креде, перевязка пуповины, оживление (если ребенок родился в асфиксии), затем спустя 2 часа взвешивание и измерение. Во время этих процедур неизбежно происходит охлаждение ребенка. Поэтому акушерка родильного зала и детская сестра, принимающая от нее новорожденного, должны стремиться свести к минимуму тепловые потери ребенка и мобилизовать все, что может поддержать температуру его тела на постоянном оптимальном уровне.

Очень удобным для этого является пеленальный столик, в котором верхняя доска обогревается электричеством до нужной температуры. Неподалеку от столика должен быть установлен тепловой рефлектор (на расстоянии, при котором не может произойти ожога). Если пеленальный столик не обогревается, на него кладут теплые грелки (предварительно акушерка должна убедиться, что в них налита вода температуры не выше 60° , чтобы не произошло ожога). Удобен и резиновый матрац-грелка, который кладут на пеленальный стол перед обработкой новорожденного.

Несмотря на то что наполнение грелок или матраца теплой водой входит в обязанности санитарки, акушерка обязана проверить температуру воды, правильно и плотно ли закрыты грелки и нет ли опасности появления у ребенка ожога.

Недоношенного ребенка сразу же после необходимых первых манипуляций передают в детскую палату. В больших родильных домах для недоношенных оборудуется специальная палата с отдельным сестринским постом. В этой палате постоянно поддерживается температура воздуха $24-25^{\circ}$. Помимо того, каждого недоношенного ребенка обогревают дополнительно в случае необходимости грелкой, рефлектором и другими средствами.

Согревая недоношенного ребенка, надо следить за температурой его тела, измеряя ее утром и вечером, а по назначению врача и значительно чаще, при каждом пеленании. Это бывает нужно в тех случаях, когда температура тела ребенка под влиянием дополнительного согревания начинает подниматься выше нормальной.

При отсутствии грелок можно пользоваться плотно закупоренными бутылками с горячей водой.

Чтобы контролировать, нет ли перегревания, под одеяло ребенку кладут термометр, который должен показывать температуру не выше 28° .

Для детей со значительной степенью недоношенности устраивают своеобразные обогреватели с электрическими лампочками.

Очень удобными для согревания недоношенных детей являются специальные аппараты — так называемые кувезы.

В них помещается обычно весь ребенок. На рис. 17 изображена кровать-кувез системы Пампулова. Ребенок помещается на матрасе, с электрическим обогревом внизу. При необходимости обогрева ребенка сверху включается нависающая над ребенком электрическая панель. Недостатком данного типа кувеза является невозможность дозированной подачи увлажненного кислорода, отсутствие автоматического регулирования обогрева и необходимость особо бдительного контроля персонала. В некоторых родильных домах еще пользуются кувезами Креде (рис. 18).

По устройству кувез Креде наиболее прост: ванночка из металла с двойными стенками (полыми внутри), в ножном конце которой сверху имеется отверстие — воронка для

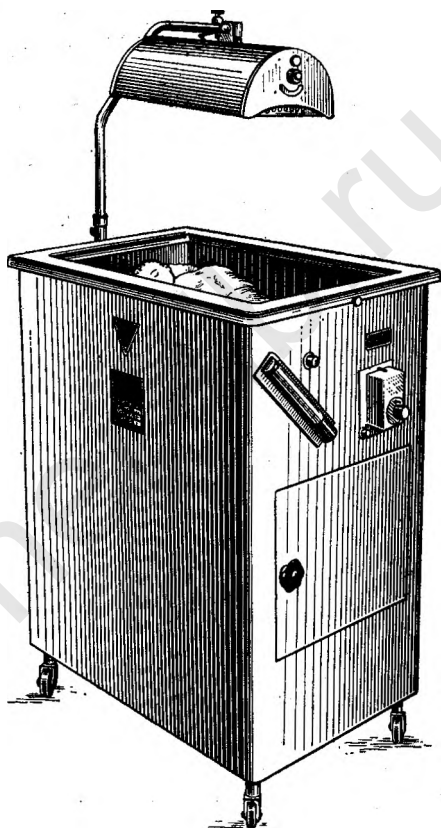


Рис. 17. Кровать-кувез системы Пампулова.

наливания в нее горячей воды температуры 60° . Внизу у днища этой ванночки имеется кран, позволяющий выпустить остывшую воду. Ванна не имеет крышки. В ней устраивают, как в кроватке, постель для недоношенного ребенка, укладывают в нее новорожденного и под одеяло

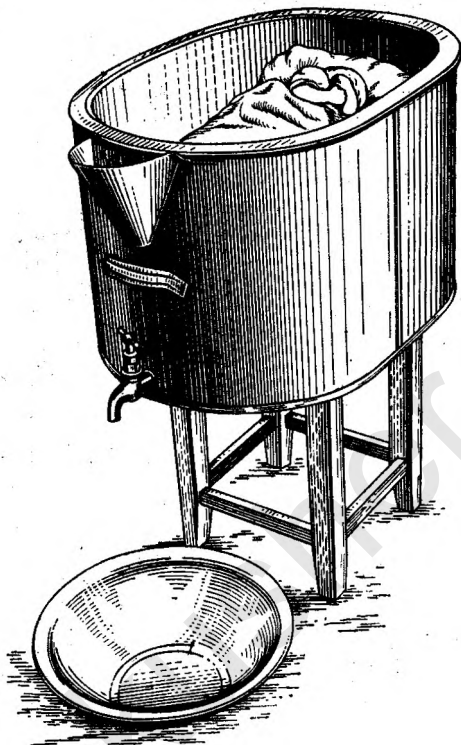


Рис. 18. Кувез-ванна Креде.

ему кладут термометр, который должен показывать температуру не выше 30° . Примерно через 1—2 часа, сообразуясь с температурой воздуха в детской палате, следует отлить из ванны одно ведро остывшей воды и долить в нее ведро горячей (60°). Во время этой манипуляции сестра вынимает ребенка и держит его на руках, пока санитарка доликает воду (чтобы случайно не облить ребенка).

Кувез нужно ежедневно промывать, а края его покрывать пеленками. Постель в таком кувезе должна быть невысокой, чтобы ребенок лежал ниже верхнего края кувеза.

Кувезы закрытого типа представляют собой плотно закрытые со всех сторон металлические футляры со стеклянным окном, с приспособлениями для вентиляции, увлажнения воздуха и обогащения его кислородом. Источники обогрева могут быть разными: наиболее усовершенствованными являются электрические кувезы.

Регулирование температуры в закрытых кувезах не сложно; они полностью обеспечивают все необходимое: заданную температуру, влажность, вентиляцию и имеют кислородный дозатор. Стерилизуются они легко. Детская

сестра должна знать устройство кувезов всех имеющихся в детском отделении типов, чтобы умело контролировать и регулировать их работу.

Кювезы используются для выхаживания глубоко недоношенных детей; детей с более устойчивой температурой тела, т. е. с меньшей степенью недоношенности и незрелости, содержать в кювезах нецелесообразно.

Наилучшими условиями для выхаживания детей следует все же считать палаты с устойчивой температурой 24—25° и индивидуальным обогреванием детей при помощи грелок и кювезов.

Обычно недоношенный ребенок нуждается в особенно строгом температурном режиме в течение первых 2—3 недель. Его отучают от согревания постепенно, оставляя без грелки (но тепло укутанным) на 2—4 часа. Если температура тела ребенка при этом остается неизменной (не понижается), время согревания ежедневно уменьшают, отучая ребенка от грелок. Весьма важную роль, помимо согревания тепловыми приборами, играет и одежда ребенка.

Одежда недоношенного ребенка. Недоношенный ребенок должен быть тепло одет. Наиболее употребительным и доступным является обертывание всего тела и головы (остается открытым лицо) тонким слоем предварительно согретой стерильной ваты. Вату следует менять один раз в сутки. Но обертывание стерильной ватой имеет свои недостатки: затрудняется уход за кожей ребенка; обертывание требует определенного времени, в течение которого ребенок может охлаждаться; увеличивается и расход ваты. Поэтому в родильных домах в детских палатах, где находятся недоношенные дети, имеются и более рациональные предметы одежды, обеспечивающие максимальное сохранение температуры тела. Это фланелевые кофточки с длинными зашитыми в концах рукавами и капюшонами, фланелевые пеленки, ватные одеяла и ватные конверты (рис. 19, 20).

Чтобы исключить перенос инфекции, конверты и одеяла, помимо стирки, стерилизуют. Головку недоношенного ребенка всегда покрывают или чепчиком, или косынкой.

Опыт показывает, что как бы тепло ни был укутан недоношенный ребенок, он не в состоянии поддержать сам температуру своего тела на необходимом уровне, и она падает ниже нормы. Это сказывается на развитии ребенка и при резком падении температуры тела может стать даже причиной его гибели. Искусственное согревание необходи-

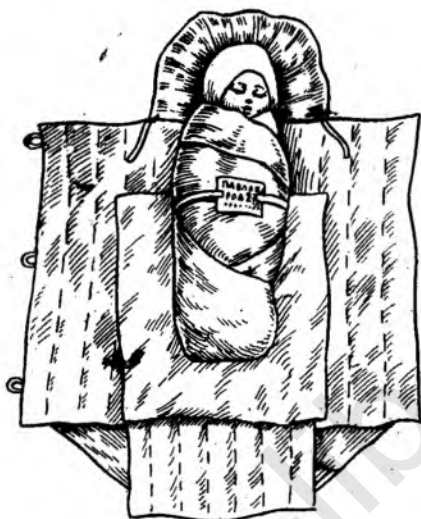


Рис. 19. Недоношенный ребенок перед завертыванием в конверт.

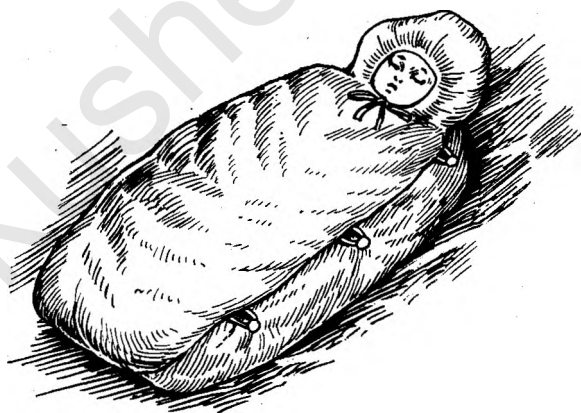


Рис. 20. Недоношенный ребенок в конверте.

мо недоношенному ребенку до тех пор, пока его организм не начнет вырабатывать достаточное для его нормальной жизненной деятельности количество тепла и длительно удерживать температуру на нужных цифрах.

Вскармливание. Методы вскармливания недоношенных детей зависят от степени их недоношенности, веса при рождении, общего состояния, наличия сосательного и глотательного рефлексов.

Недоношенных детей весом ниже 2000 г с очень слабо выраженным сосательным рефлексом первое время кормят сцеженным материнским молоком из соски или с ложечки в детской палате.

С появлением прочного сосательного рефлекса детей прикладывают к груди матери в зависимости от состояния детей 8—10 раз в сутки, т. е. или через 2¹/₂ часа, или через 2 часа с 6-часовым ночным промежутком.

В первые дни кормления грудью проводят учет выработанного ребенком из груди матери молока, осторожно взвешивая его до и после кормления. В случае, если недоношенный ребенок недоедает, его докармливают в детской сцеженным грудным молоком с ложечки.

Более ослабленных недоношенных детей прикладывают к груди матери через кормление (т. е. вдвое реже), а в промежутках их кормят в детской палате сцеженным материнским молоком через соску, с ложечки или пипетки. Очень ослабленных детей вскармливают в детской палате сцеженным грудным молоком до тех пор, пока они не окрепнут, так как у таких детей в результате их недоразвития нередко отсутствуют не только сосательный, но и глотательный рефлекс.

Очень слабо выраженные сосательный и глотательный рефлексы, а тем более их отсутствие, являются противопоказанием к кормлению из пипетки или ложки. Таких новорожденных следует кормить только через зонд (рис. 21).

Техника кормления через зонд очень проста, и ею должна владеть каждая детская сестра. Кормление через зонд при условии соблюдения правил абсолютно безопасно для ребенка.

Зондом может служить мягкий резиновый катетер № 12, 13 и 14, соединенный с воронкой (можно обходиться и без нее, заменяя ее шприцем, наполненным молоком). Зонд и воронку тщательно промывают перед употреблением снаружи и внутри, а затем кипятят в течение 15 минут, завернув предварительно в один слой марли. После кипячения

сестра вынимает корнцангом из стерилизатора зонд и кладет его на стерильную пеленку или стерильный стол. Приготовив теплое стерилизованное молоко для кормления, сестра моет руки, затем берет зонд за воронку с наружной стороны, проверяет его проходимость кипяченой водой (так как во время кипячения стенки зонда иногда слипают-



Рис. 21. Кормление через зонд.

ся или он закупоривается), смачивает конец катетера в растворе буры с глицерином, для профилактики молочницы, наполняет его молоком, затем зажимает зонд у воронки. Подойдя к ребенку с правой стороны, сестра левой рукой открывает ему рот, нажимая слегка на подбородок, а правой, взяв зонд на расстоянии 7—8 см от конца, вводит его в рот поверх языка по средней линии, затем продвигает

по пищеводу на глубину 10—12 см до особой отметки на катетере. В момент введения зонда воронка его лежит на стерильной салфетке у лица новорожденного. Введя зонд, сестра выливает в воронку назначенное количество молока, которое быстро проходит в желудок. Затем, зажав зонд пальцами, чтобы остатки молока не попали в дыхательные горло, сестра быстро и осторожно извлекает его.

Зонд следует вводить ребенку, когда он находится в покое (спит), так как при крике зонд может попасть в просвет (гортань) и вызвать асфиксию. Кормление через зонд экономит силы недоношенного ребенка. При кормлении через зонд недоношенному ребенку дают подышать в течение 10—15 секунд увлажненным кислородом до и после кормления.

В последние годы для кормления недоношенных детей все шире применяется эластичный полиэтиленовый зонд.

После стерилизации зонда кипячением (перед стерилизацией зонды тщательно промывают с помощью шприца 2% содовым раствором) его смачивают 25% раствором буры в глицерине и вводят через носовой ход или через рот на глубину 10—12 см. При введении зонда через рот его фиксируют к щеке новорожденного полоской лейкопластыря. Зонд соединяют со стерильной системой для капельного введения жидкостей, устанавливаемой на штативе у кровати ребенка. В систему вливают пастеризованное грудное молоко. Хорошо отрегулировав частоту капель соответственно полагающейся данному новорожденному дозе молока, можно обеспечить его нормальное питание круглосуточно. Зонд можно оставлять на 3—5 суток. Раздражение слизистой оболочки полости рта при этом наблюдается редко, так как зонд мягок и эластичен; исключена рефлекторная асфиксия, часто возникающая после кормления у недоношенных детей; способ прост и удобен, так как значительно экономит время обслуживающего персонала, обычно затрачиваемого на кормление каждого недоношенного ребенка в отдельности, позволяет вводить с молоком лекарства, назначаемые врачом; а главное, он зачастую является единственно возможным способом кормления глубоко недоношенных детей, у которых резко угнетены или отсутствуют сосательный и глотательный рефлексы.

Как только у ребенка появляется глотательный рефлекс, надо переходить к кормлению из пипетки или с ложечки.

Кормление недоношенного ребенка из пипетки (рис. 22) также несложно. Сестра берет ребенка на руки, слегка запрокидывая ему головку, набирает в стерильную пипетку теплое грудное молоко, налитое в мензурку, и какает перпендикулярно поверхности кожи у ноздрей поочередно по капле молока сначала в одну, затем в другую половину носа. Ребенок втягивает капли в нос и глотает. При таком кормлении нужно соблюдать одно основное условие — при введении молока не повышать давления и следить, чтобы ребенок глотал молоко. Кормление из ложечки через нос



Рис. 22. Кормление недоношенного ребенка из пипетки.

производится следующим образом. Ложечку наполняют молоком наполовину, слегка наклоняют и подносят к ноздре ребенка. Молоко с током воздуха втягивается внутрь. Эти детали позволяют оградить недоношенных детей от тяжелых приступов асфиксии, аспирационных пневмоний, так часто приводивших ранее к гибели новорожденных.

Кормление ребенка с ложечки требует большого терпения. Сестра держит при этом ребенка на руках и вливает следующую порцию молока после того, как ребенок сделает глотательное движение. Для кормления наиболее удобны ложечки Кермаунера, маленькие с узким концом; их можно сделать из обычных чайных ложек, сдавлив их с боков у кончика (рис. 23, 24).

Ни в коем случае нельзя спешить при кормлении — стремление быстрее накормить ребенка может привести к приступу асфиксии. Как бы долго ни пришлось кормить недоношенного ребенка, надо стремиться дать ему назна-

ченную порцию, так как хроническое недоедание ослабит его силы и может закончиться смертью ребенка.

Иногда во время кормления у недоношенного ребенка начинается приступ асфиксии. В этом случае сестра должна немедленно прекратить кормление, распеленать ребенка, дать ему подышать увлажненным кислородом, ввести под кожу сердечное средство. Эти меры должны быть оказаны



Рис. 23. Ложечка Кермаунера



Рис. 24. Кормление недоношенного ребенка из ложечки Кермаунера.

быстро, вовремя, без суматохи и паники; все нужное должно быть приготовлено сестрой заранее. Во время оживления сестра должна постоянно помнить об опасности охлаждения ребенка и принять необходимые меры; в это время она вызывает врача, посылая за ним санитарку, и ни на минуту не оставляет ребенка без наблюдения.

Только после того как кожные покровы порозовеют и состояние ребенка улучшится, его пеленают (нетуго) и укладывают в кроватку, согретую грелками, приподняв головную часть матраца.

После выведения новорожденного из состояния асфиксии, с целью активирования дыхательного центра и предот-

вращения в будущем приступов асфиксии показано введение лобелина или цититона подкожно в дозе 0,1—0,2 мл.

Недоношенный ребенок с относительно большим весом обычно достаточно подвижен и активен. Будучи приложен к груди, он охотно сосет. Но даже если ребенок достаточно энергично сосет грудь, все же необходимо проводить учет высосанного молока, т. е. регулярно взвешивать недоношенного ребенка до и после кормления, чтобы убедиться, что он получает положенное ему количество молока. В случае, если выявляется, что ребенок недоедает, контрольное взвешивание продолжают, а врач назначает ребенку докорм сцеженным грудным молоком.

Предохранение недоношенного ребенка от инфекции. Инфекционные заболевания для недоношенного ребенка особенно опасны, поэтому в работе родовспомогательных учреждений в первую очередь предусматриваются профилактические меры против инфекционных заболеваний у женщин и новорожденных (у родильниц — инфекции родовых путей, сепсис, грипп, ангины, мастит и др., у новорожденных — воспаления легких, гнойничковые поражения кожи, воспалительные заболевания пупка, сепсис).

Все акушерки, детские сестры и санитарки должны хорошо знать инструкции по борьбе с инфекционными заболеваниями среди новорожденных и время от времени прорабатывать их на занятиях по повышению квалификации.

Сестры и акушерки должны следить за состоянием здоровья матерей и при первых признаках у них инфекционного заболевания (грипп, ангина, мастит, повышение температуры тела) должны сообщить об этом врачу, своевременно изолировать заболевшую мать и, если нужно, временно разобщить с ней ребенка.

Очень многое зависит от самой сестры: она должна быть всегда чистой и опрятной, аккуратно носить халат, косынку, следить за чистотой рук, помня, что здоровье и жизнь недоношенного ребенка в равной степени зависят от соблюдения правил личной гигиены как ею, так и матерью.

Сестра должна строго выполнять все правила ухода за недоношенными детьми: тщательно стерилизовать зонды, чайные ложки, пипетки, бутылочки и молоко, следить за чистотой белья, качеством его глажения (если его не автоклавируют), соблюдением температурного режима, правильной влажной уборкой палат для новорожденных и недоношенных детей, проветриванием и др. и в рабочем порядке постоянно обучать этому санитарок.

Врожденные пороки развития

В последние годы участились случаи рождения детей с аномалиями развития. По данным большинства авторов, врожденные дефекты развития встречаются в 0,6—3,1% всех родов.

Врожденные пороки — результат нарушения нормального течения внутриутробного развития плода под влиянием вредного воздействия.

Причины возникновения пороков весьма разнообразны. Часть их может быть обусловлена наследственностью, значительную роль играют и внешние или экзогенные факторы. Из экзогенных факторов следует отметить следующие:

1. Недостаточное и неполноценное питание беременной женщины в первые 2—3 месяца — однообразная пища, недостаток витаминов, особенно витаминов А, группы В, С.

2. Заболевания беременной, перенесенные незадолго до наступления беременности или во время беременности, особенно вирусные заболевания — грипп, краснуха, полиомиелит и др. или протозойные заболевания — токсоплазмоз, цитомегалия.

3. Наличие вредности — работа беременной с вредными химическими веществами, курение, алкоголь, тяжелые токсикозы беременности, применение некоторых лекарственных средств, например снотворного средства, широко рекламированного в Западной Германии — талидомида. Применение в период беременности некоторых гормональных препаратов также может быть причиной пороков развития.

4. Длительное кислородное голодание плода — затянувшаяся гипоксемия — при тяжелом малокровии беременной женщины, частичной отслойке детского места,

инфарктах плаценты и т. п. вызывает длительную кислородную недостаточность мозга плода и способствует возникновению аномалий развития.

5. Физические вредности — ионизирующая радиация, рентгеновы лучи, ультразвук и т. п.

6. Механические причины — аномалии развития таза или матки женщины, опухоли матки и т. п.

7. Травмы в первые три месяца беременности.

8. Эндокринные расстройства беременной (например, сахарная болезнь).

9. И наконец, по некоторым данным, следует предположить возможность появления пороков развития под действием антибиотиков.

Чем раньше наступило нарушение нормального течения внутриутробного развития плода, тем серьезнее и тяжелее его последствия.

Сообщить матери о наличии порока развития должен врач, а если роды вела акушерка, то следует, показывая матери младенца, сделать это осторожно, с большим тактом, немногословно, стараясь не травмировать ее психику, памятуя о том, что тяжелая психическая травма может отрицательно сказаться на лактации и затруднит выхаживание ребенка в послеоперационном периоде. Более детальные разъяснения матери дает врач-педиатр, наблюдавший новорожденного.

Однако пороки развития внутренних органов иногда выявляются только в процессе наблюдения за новорожденным ребенком в детской палате. Дежурная детская сестра при первом туалете новорожденного обязана очень внимательно осмотреть ребенка, обратить внимание на окраску и целостность кожных покровов новорожденного, осмотреть полость рта, проверить наличие естественных отверстий, состояние брюшной стенки, пупочного кольца, частоту срыгиваний или рвоты, характер рвотных масс (обилие пены или крови), характер крика ребенка, отметить наличие испражнений и мочеиспускания и т. д.

Обо всех замеченных отклонениях от нормального состояния новорожденного сестра должна своевременно сообщить педиатру.

Аномалии развития наружных покровов тела. Сосудистые родимые пятна и монгольские пятна не требуют лечения; сосудистые опухоли (ангиомы) обычно удаляют в течение первых месяцев жизни. Относительно редко встречается своеобразная аномалия ко-

жи — ихтиоз, когда кожа новорожденного почти сплошь, за исключением лишь ладоней и стоп, покрыта роговыми чешуйками различной величины и формы, уши деформированы, веки и губы выворочены. Такая форма гиперкератоза протекает очень тяжело и такие дети живут всего несколько дней или даже рождаются мертвыми.

При доброкачественных формах ороговение выражено значительно слабее, чешуя покрывает лишь небольшие участки тела. Новорожденному ребенку смазывают кожу 2—5% салициловым вазелином или 3% серной мазью и назначают ежедневно теплую мыльную ванну или ванну с отрубями.

Лимфангиомы — опухолеподобные расширения лимфатических сосудов, иногда очень больших размеров, чаще всего локализируются в области шеи. Лимфангиомы подлежат оперативному лечению в первые месяцы жизни, а по жизненным показаниям и ранее.

Дермоидные кисты. Обычно располагаются в крестцовой области — сакральный тумор. Удалять эти опухоли нужно хирургическим путем в первые дни жизни ребенка.

Врожденные дефекты развития скелета. Сравнительно часто встречаются врожденные уродства конечностей — от полного отсутствия конечностей до относительно небольших аномалий развития пальцев рук или ног. Сращения между собой двух или более пальцев — так называемая синдактилия — устраняется хирургическим путем в возрасте 5—6 лет.

При полидактилии — увеличении числа пальцев более нормального — удаление добавочных пальцев, если они представляют собой кожный придаток на тонкой ножке, может быть легко произведено в первые дни жизни ребенка путем перевязки ножки шелком.

Большое практическое значение имеет своевременное распознавание врожденных вывихов. Чаще всего встречается вывих тазобедренного сустава. Детская сестра при первичном туалете должна обратить внимание на положение конечностей ребенка, сравнить, нет ли разницы в их длине, не ограничены ли они в подвижности и т. п. При малейшем сомнении следует сообщать врачу, так как ортопедическое лечение должно начаться как можно раньше.

Врожденные дефекты развития центральной нервной системы. В результате первичного нарушения развития

мозга в эмбриональном периоде или же вследствие воспалительных процессов в центральной нервной системе возникают врожденные дефекты развития мозга.

Мозговые грыжи чаще всего образуются там, где происходит соединение нескольких черепных костей, например в области затылка, у переносицы, у внутреннего угла глаза, между височной, теменной и затылочной костью. Иногда грыжевой мешок может выпячиваться через врожденный дефект в какой-либо кости черепной крышки.

Мозговые грыжи могут быть самых различных размеров: от совсем крошечных, почти незаметных, до очень больших, похожих на опухоль; грыжи могут иметь ножку большей или меньшей толщины или располагаться на широком основании. Если при мозговых грыжах малых и средних размеров экстренной помощи обычно не требуется, то при очень больших грыжах, особенно при значительном истончении грыжевого мешка, может наступить прободение. Вследствие инфицирования легко и быстро развивается гнойный менингит.

Гораздо более тяжелым уродством являются открытые спинномозговые грыжи, иногда достигающие значительных размеров. Наличие обширного дефекта кожи представляет большую опасность, открывая ворота инфекции. Локализуются спинномозговые грыжи чаще всего в поясничном или пояснично-крестцовом отделе. При уходе за новорожденным с открытой формой мозговой грыжи в детской палате соблюдается строжайшая асептика; на мокнущую обнаженную поверхность накладывается стерильная повязка, предохраняющая от травмы и инфекции. Новорожденного пеленают только в стерильные пеленки, очень слабо, во избежание травматизации грыжи. Открытые спинномозговые грыжи часто сочетаются с расстройствами чувствительности и другими тяжелыми признаками поражения центральной нервной системы (например, параличами и парезами нижних конечностей, нарушением функции органов малого таза, когда моча и кал могут выделяться беспрерывно, по каплям). Нет необходимости подчеркивать, насколько нужен в подобном случае особо тщательный уход за ребенком: частая смена подгузников, уход за кожей ягодиц для предупреждения явлений опрелостей и т. д. При разрыве грыжевого мешка в родах или опасности его прободения ребенку должна быть оказана незамедлительная хирургическая помощь.

Врожденные дефекты развития пупочного канатика и пупка. Пупочные грыжи обычно распознаются не сразу после рождения, а спустя несколько дней, чаще после отпадения пуповинного остатка. При крике, натуживании, кашле в области пупочного кольца выявляется больших или малых размеров выпячивание. Хирургическое лечение применяется в этих случаях лишь по показаниям (угроза ущемления), что в практике встречается крайне редко, при больших же грыжах, где консервативное лечение не всегда эффективно, операция производится обычно на втором году жизни. Большое значение приобретает хорошо организованный с первых дней после рождения уход за ребенком. При небольших пупочных грыжах консервативное лечение дает хорошие результаты: сестра накладывает на пупочное кольцо липкий пластырь или периодически давящую повязку, следит за тем, чтобы у ребенка регулярно был стул, хорошо отходили кишечные газы и т. д.

Следует внимательно разобраться в причинах беспокойства ребенка и постараться устранить их, так как при крике пупочное кольцо значительно расширяется. При выписке новорожденного из родильного дома следует обучить мать особенностям ухода за ним, обратить ее внимание на необходимость рационального питания и др. С 2—1½-месячного возраста, т. е. с момента, когда ребенок начинает хорошо держать головку, целесообразно ежедневно на 2—3 минуты выкладывать его на живот, так как при этом укрепляются мышцы брюшного пресса.

Гораздо более серьезным дефектом развития пупка является врожденная грыжа пупочного канатика, распознается она сразу после рождения ребенка. Пупочное кольцо при этом отсутствует. В области пупка имеется большое отверстие, через которое в грыжевой мешок, представляющий собой расширенную начальную часть пупочного канатика, выходит из брюшной полости часть внутренностей. Стенки грыжевого мешка образуются брюшиной и очень тонкой, прозрачной, как целлофан, растянутой водной оболочкой, вследствие чего все содержимое грыжевого мешка хорошо просвечивает. Лишь по краю дефекта эта оболочка переходит в кожу. Грыжи пупочного канатика бывают различной величины: от грецкого ореха до головки новорожденного, при грыже небольших размеров в нее входит часть сальника, петля кишечника, при больших грыжах содержимым грыжевого мешка может

быть желудок, часть кишечника, даже печень и селезенка. Основание грыжевого мешка может быть в зависимости от величины дефекта в брюшной стенке или очень широким, или небольшим, когда грыжевая опухоль как бы имеет ножку. Небольшие грыжи пупочного канатика, имеющие удлинненную, цилиндрическую форму, иногда переходят в нормальную часть пупочного канатика нерезко, постепенно и грыжевая опухоль может быть принята акушеркой, принимающей роды, за нормальную, толстую пуповину. В одном из случаев, описанных К. П. Гавриловым, акушеркой при обработке пупочного канатика была перевязана кишечная петля. Ребенка удалось спасти только благодаря экстренной операции. Акушерки, работающие в родовой, должны хорошо знать патологию пупочного канатика. При грыжах пуповины малых размеров лечение сводится к наложению давящей стерильной повязки. При грыжах больших размеров, со значительным выхождением наружу внутренних органов, покрытых очень тонкой оболочкой, возникает угроза разрыва оболочки еще в родах. В случае разрыва оболочки новорожденный погибает от коллапса. Но даже если целостность грыжевого мешка сохраняется, то может очень быстро появиться некроз, за которым следует гангрена и перитонит. Поэтому дети с грыжей пупочного канатика должны быть экстренно прооперированы.

Хирургическое вмешательство при больших грыжах пупочного канатика должно быть предпринято в течение первых 6 часов после рождения.

Врожденные пороки полости рта. Одним из наиболее часто встречающихся врожденных пороков полости рта является *з а ч ь я г у б а*. Она может быть выражена совсем незначительно, в виде небольшого рубчика на губе. Иногда же — это щель, которая может захватывать всю верхнюю губу, доходя до носового отверстия, или даже до верхнего альвеолярного отростка, образуя в нем дефект. Расщелина может быть как односторонней, так и двусторонней. При двусторонней расщелине верхней губы крылья носа деформированы, под носом в средней части остается лишь часть фильтра в виде хоботка. Нередко заячья губа сочетается с расщелиной в твердом и мягком небе, располагающейся всегда по средней линии. Это так называемая *в о л ч ь я п а с т ь*. Щель свободно сообщается с носовыми ходами, посередине ее обычно виден сошник, который делит ее на две половины. Расщелина твердого и мягкого неба без заячьей губы встречается относительно редко. Эти

врожденные дефекты развития являются крупным косметическим недостатком и чрезвычайно затрудняют процесс кормления ребенка, доставляя матери и ухаживающему за ребенком персоналу в родильном доме очень много хлопот и тревог.

Расщелина неба делает невозможным вскармливание ребенка грудью матери, иногда ребенок не может сосать даже через соску. Во время кормления молоко попадает в дыхательные пути, что легко ведет к возникновению аспирационного воспаления легких, нередко к этому присоединяется воспаление среднего уха и пищеварительного тракта. Такие дети не прибавляют в весе, и постепенно у них развивается дистрофия. Поэтому вскармливание детей с заячьей губой и волчьей пастью должно проводиться особенно осторожно. Новорожденные с односторонней заячьей губой (без расщелины неба) обычно без большого труда приспособляются к кормлению грудью или сосанию через соску. При более тяжелых дефектах следует применять кормление ребенка с ложки, обязательно держа запеленутого ребенка вертикально, так как в таком положении удастся избежать попадания молока в полость носа новорожденного. При выраженных дефектах развития полости рта приходится применять кормление ребенка сцеженным материнским молоком через зонд, вводя его 4 раза в сутки. Суточное количество молока при этом равномерно распределяется на 4 порции. Лечение описанных пороков развития только хирургическое.

Наиболее благоприятным моментом для оперативного лечения при расщелинах верхней губы являются первые дни или даже первые сутки после рождения. Как показала практика, раннее хирургическое вмешательство при заячьей губе дает почти всегда хорошие результаты. Хирургическое лечение при расщелинах твердого и мягкого неба обычно производится в возрасте 2—3 лет.

Из сказанного ясно, насколько необходим тщательный осмотр полости рта ребенка (это удобно сделать при крике новорожденного) во время первого туалета. Такой осмотр должна провести детская сестра еще до прихода врача, так как своевременное распознавание дефекта даст возможность организовать для новорожденного рациональный уход и подготовиться к его кормлению.

Относительно редко встречается такая аномалия, как врожденные зубы. Зубы укреплены в деснах не прочно, шатаются, но редко выпадают самостоятельно.

При кормлении они травмируют сосок матери, а у новорожденного вызывают раздражение или даже изъязвление слизистой оболочки нижней поверхности языка.

Иногда при осмотре полости рта в пространстве между подбородочной частью челюсти и уздечкой языка обнаруживают ретенционную кисту подъязычной железы, так называемую ранулу. Кисты малых размеров можно оставлять без лечения, если они не мешают ребенку сосать грудь матери. В случаях, когда большая киста служит препятствием для кормления, радикальное хирургическое вмешательство должно быть предпринято в первые дни жизни, до появления у новорожденного дистрофии. Прокол кисты дает лишь временное облегчение, так как возможны рецидивы.

Короткая уздечка языка встречается довольно часто. Ее не следует относить к порокам развития, так как это скорее физиологическое состояние. Обычно при сосании язык ребенка совершает движение не вперед и назад, а лишь по вертикали — вверх и вниз, так что короткая уздечка не служит препятствием к кормлению грудью. По мере роста ребенка уздечка постепенно удлиняется. Короткая уздечка не является причиной дефектов речи. Кроме того, кажущаяся обычно чрезвычайно легкой операция перерезки уздечки может осложниться кровотечением и инфекцией. Персоналу детского отделения необходимо проводить разъяснительную работу среди родильниц с тем, чтобы еще не изжитое мнение о необходимости перерезки уздечки было оставлено окончательно.

Врожденные аномалии развития пищеварительных органов. В последние годы участились случаи рождения детей с тяжелыми аномалиями развития пищеварительных органов. Дети с такими пороками нуждаются, как правило, в хирургической помощи. Наиболее тяжелыми пороками развития пищеварительных органов является атрезия пищевода. Очень часто этот порок развития встречается в комбинации с трахеальным свищом. Такой новорожденный, только что поступивший из родовой в детскую палату, обильно срыгивает. При этом дыхание его становится шумным, хрипящим, возникает удушье, появляется кашель. Обычные меры — укладывание ребенка в кроватку с приподнятым изголовьем, тщательное отсасывание слизи из полости рта и дыхательных путей, дача кислорода — приносят лишь кратковременное улучшение. Уже во время первых кормлений грудью ребенок начинает кашлять,

отпускает грудь, у ребенка быстро развивается картина асфиксии, возникает рвота пенистой слизью. Попытка кормить ребенка с ложечки сцеженным молоком также оканчивается неудачей: ребенок жадно глотает, но после 2—3 глотков синееет, задыхается, кашляет. Даже при постоянном снабжении ребенка кислородом кожные покровы сохраняют синюшный оттенок. В интервалах между кормлениями ребенок хрипло дышит, но при следующем кормлении возникает то же самое (рвота через рот и нос пенистыми массами, асфиксия и т. п.). По образному выражению Февра, «ребенок глотает в легкие и дышит в желудок». Рвотные массы аспирируются, в результате возникает аспирационная пневмония. Появляется одышка постоянного типа, стойкий цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек, повышается температура. В результате частых рвот быстро развивается обезвоживание, ребенок доходит до тяжелых степеней гипотрофии. Стул вначале обычный, мекониевый, затем становится все более скудным, состоящим из секрета кишечника. Уточнению диагноза помогает рентгеновское исследование.

Дети с таким пороком развития раньше погибали. В настоящее время грудная хирургия достигла значительных успехов и практика показала, что такие дети могут быть оперированы и большая часть из них может быть спасена. Непременным условием для хирургического вмешательства служит своевременное распознавание порока развития (не позднее первых 24 часов после рождения), т. е. до того, как разовьется аспирационная пневмония. При первых же симптомах, подозрительных на наличие атрезии пищевода, следует начать предоперационную подготовку: новорожденного укладывают в полусидячем положении для того, чтобы избежать затекания через пищеводно-трахеальную фистулу желудочного сока в легкие; постоянно отсасывают слизь из полости рта и носа; обязательно помещают ребенка в кислородную палатку, назначают сразу антибиотики (пенициллин и стрептомицин в соответствующих дозах), витамины, вводят внутривенно глюкозу, плазму или кровь одноименной группы. В послеоперационном периоде такие дети требуют от персонала детской чрезвычайно большого внимания и самого тщательного ухода.

Раннее появление рвоты (в первые сутки после рождения) в виде очень сильной струи, часто содержащей желчь, должно насторожить ухаживающий персонал и заподозрить

у новорожденного атрезию двенадцатиперстной кишки.

Этот порок развития составляет примерно $\frac{1}{3}$ всех врожденных пороков кишечника.

При атрезии двенадцатиперстной кишки верхняя часть живота новорожденного значительно вздута, нижняя часть живота пуста и слегка западает. Раздражая брюшную стенку, можно ясно видеть перистальтические волны.

При атрезиях тонких кишок рвота также возникает очень рано, но в рвотных массах, помимо желчи, слизи и крови, появляются и каловые массы, а стул при этом отсутствует, мочеиспускание скудное. Этот порок осложняется развитием некроза, растянутого участка кишечной стенки, который в этом случае легко возникает и приводит к перфорации и перитониту.

У каждого новорожденного ребенка, поступившего из родовой в детскую палату, дежурная детская сестра обязательно должна осмотреть область заднего прохода с целью выявить наличие атрезии или других дефектов развития.

Отсутствие мекония в момент рождения ребенка и при его первом туалете, даже при нормально сформированном заднепроходном отверстии, должно насторожить детскую сестру и заставить ее более внимательно наблюдать за новорожденным. Появление рвоты, беспокойства, вздутие живота, отсутствие мекония при попытке осторожно ввести в заднепроходное отверстие мягкий катетер являются признаками атрезии прямой кишки. Во всех этих случаях жизнь ребенка зависит от ранней диагностики атрезии пищеварительных органов, так как эти дети нуждаются в экстренном хирургическом вмешательстве. При позднем распознавании порока при наличии развившейся интоксикации вследствие перитонита исход бывает неблагоприятным. Наблюдательность ухаживающего персонала, обязательный осмотр области заднего прохода у каждого новорожденного с пометкой на первой странице истории новорожденного о наличии у ребенка стула являются совершенно необходимыми и в значительной степени позволяют снизить смертность новорожденных с этой аномалией развития.

Сравнительно часто встречаются в рожденные аномалии развития желчных протоков в виде их сужения или полного зарращения. При этих врожденных пороках развития у новорожденного, обычно имеющего при рождении нормальную, розовую окраску кожных покро-

вов, уже в первые часы развивается желтуха. Желтушная окраска прогрессивно нарастает, кожа и видимые слизистые оболочки быстро приобретают желто-зеленый оттенок. Общее состояние детей некоторое время остается нормальным, они хорошо сосут грудь, но затем появляется рвота, нарастает анемия, развивается гипотрофия. В отличие от гемолитической болезни новорожденных при атрезии или сужении желчных ходов испражнения всегда обесцвечены: моча имеет темно-янтарный, а иногда и темно-зеленый цвет. Полное заращение желчных протоков может привести к смерти новорожденного в первые дни жизни, сопровождаясь упадком сердечной деятельности, судорогами и упорной рвотой. Хирургическое лечение обычно позволяет сохранить жизнь около 20% всех детей с атрезией желчных ходов.

Большое практическое значение имеет и раннее распознавание врожденных дефектов диафрагмы в виде диафрагмальной грыжи, так как лишь своевременное хирургическое вмешательство может спасти детей, родившихся с такой аномалией. Через дефект в диафрагме в грудную полость выпячиваются в большей или меньшей степени органы брюшной полости (желудок, печень, селезенка, кишечник). Новорожденный внешне производит впечатление здорового ребенка, но крик его негромкий, слабый из-за того, что дыхание его затруднено и легкие не могут полностью расправиться. Кожные покровы синюшные. Цианоз может появляться приступами, особенно после кормления, когда наполняется пишей желудок. В других случаях синюха носит постоянный характер. Кашель бывает очень редко. Раннее появление синюшной окраски кожных покровов, быстрое нарастание цианоза — опасный симптом. При малейшем подозрении на диафрагмальную грыжу важно немедленно провести рентгеновское исследование. Хирургическое вмешательство дает наилучшие результаты, если новорожденного оперируют в первые 24 часа после рождения.

Врожденные пороки сердца. Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек может явиться симптомом часто встречающихся врожденных аномалий — врожденных пороков сердца. Цианоз может быть очень резко выражен и кожные покровы, особенно видимые слизистые, бывают окрашены тогда в сине-черный цвет (например, при пороке, носящем название синюшной болезни). Некоторые пороки сердца не сопровождаются цианозом.

нозом. Врожденные пороки сердца в последние годы встречаются все чаще, иногда в комбинации с другими дефектами развития. В этих случаях при выслушивании сердца у новорожденного ребенка нередко уже с первых дней определяется шум. Иногда шум не прослушивается («немые пороки»). Некоторые врожденные пороки сердца распознаются позднее, в старшем детском возрасте, когда появляются шум или другие признаки порока — одышка, усиленная пульсация в области сердца, особенно после физической нагрузки и др.

Хирургическое лечение пороков сердца в периоде новорожденности представляет значительные трудности из-за скудности симптомов и необходимости проведения тщательного дифференциального диагноза.

Однако оно в последние годы применяется все шире, но операция производится в зависимости от характера и тяжести аномалии в более поздние сроки.

Чрезвычайно важным для новорожденных с синюшными пороками является хороший сестринский уход. У новорожденных с врожденными пороками сердца во время кашля, крика и особенно часто после кормления появляются тяжелые приступы асфиксии. Синюха быстро нарастает, дыхание еле ощутимо, конечности становятся холодными. В более легких случаях такой приступ удушья проходит через несколько минут, но ребенок остается очень вялым, слабо отвечает на раздражение, редко и негромко плачет. В тяжелых случаях такие приступы могут длиться несколько часов и даже заканчиваться смертью. Детская сестра должна помнить, что новорожденный ребенок с врожденным пороком сердца нуждается в полном покое и постоянном притоке чистого, свежего воздуха. По назначению врача ребенку дают увлажненный кислород (постоянно или по показаниям), при очень тяжелых приступах асфиксии применяют лобелин в дозе 0,2—0,3 мл 1% раствора вместе с 0,25 мл коразола подкожно или внутримышечно.

Сестра палаты новорожденных должна хорошо помнить, что дети с синюшными пороками очень легко охлаждаются, температура их тела может снижаться до 30°. В результате этого возникает склередема. Очень частым осложнением этих пороков сердца является бронхопневмония. Детской сестре следует осторожно поворачивать ребенка в кровати, укладывать его в постель с приподнятым изголовьем, проводить все назначенные педиатром манипуляции и уход достаточно быстро и т. п. Тяжелобольным новорожденным

с пороком сердца необходимо выделять индивидуальный пост медицинской сестры для особо тщательного ухода и лечения.

Врожденные пороки развития дыхательных путей.

Одной из частых аномалий развития дыхательных путей у новорожденного является врожденный очень громкий, свистящий вдох — стридор, наблюдаемый часто с первого дня рождения ребенка. Общее состояние ребенка при этом остается вполне удовлетворительным. При заболеваниях верхних дыхательных путей (катаре, гриппе) стридор усиливается, появляется одышка, цианоз, а иногда и удушье. Поэтому за новорожденными детьми со стридором, заболевшими катаром верхних дыхательных путей, дежурная детская сестра должна вести постоянное наблюдение: при появлении удушья надо немедленно оттянуть язык ребенка вперед, освободить от отделяемого носовые ходы, дать подышать кислородом. Обычно стридор проходит без всякого лечения к концу первого года жизни.

Особенности ухода при некоторых патологических состояниях и заболеваниях новорожденных

Помощь при асфиксии новорожденного. Если ребенок в момент рождения жив, о чем свидетельствует наличие сердечной деятельности, но дыхание у него не появляется или оно недостаточно — это состояние называют асфиксией новорожденного. Асфиксия новорожденного является не болезнью, а только синдромом (т. е. суммой симптомов), который может возникнуть при разных патологических состояниях ребенка. Но непосредственная причина асфиксии связана с угнетением дыхательного центра и всей центральной нервной системы в результате кислородного голодания организма. Основными клиническими признаками асфиксии являются отсутствие или резкое нарушение акта дыхания, появление цианоза и коллапс. Сердечная деятельность у ребенка при этом сохранена, хотя часто в большей или меньшей степени нарушена.

Различают внутриутробную асфиксию плода, асфиксию новорожденных, наблюдаемую непосредственно после родов, и вторичную асфиксию.

Внутриутробная асфиксия возникает чаще в период родов. Причины ее весьма различны: преждевременное отхождение вод, повышение температуры тела роженицы во время родов, преждевременная отстойка нормально расположенной плаценты, первичная либо вторичная слабость родовой деятельности или их сочетание, предлежание плаценты, токсикозы беременности, узкий таз, обвитие пуповиной шеи плода, заболевания матери (особенно заболевания сердечно-сосудистой системы), применение в родах больших доз сильнодействующих наркотических средств, недо-

ношенность и переносимость плода, тазовое предлежание, некоторые пороки развития, частичная непроходимость дыхательных путей и др. Особенно частой причиной асфиксии является внутричерепная травма. Симптомами начинающейся внутриутробной асфиксии является учащение сердцебиения (более 140 ударов в минуту) и усиление движений плода.

Если начинающаяся внутриутробная асфиксия своевременно не диагностирована и не приняты меры к ее ликвидации (триада по Николаеву и др.), то она переходит в более тяжелую степень. Сердцебиение плода замедляется до 100 ударов в минуту, изменяются сила и звучность сердечных тонов: они становятся глухими, аритмичными, с выпадениями. Усиливается примесь мекония в околоплодных водах. Движения плода постепенно замедляются и вскоре прекращаются.

Акушерка, ведущая роды, должна уметь вовремя диагностировать начинающуюся асфиксию, принять необходимые меры, сообщить об этом врачу.

В настоящее время для профилактики и лечения асфиксии широко распространен высокоэффективный комбинированный метод, разработанный советскими акушерами А. П. Николаевым и В. М. Хмелевским. Этот метод начинают применять при первых признаках угрожающей асфиксии. Роженице через каждые 5 минут дают в течение 10 минут кислород до стойкого выравнивания сердцебиения плода; одновременно вводят 50 мл 40% раствора глюкозы внутривенно или дают стакан горячей воды, в которой растворено 50 г порошка глюкозы или 5 кусков сахара с 0,3 г аскорбиновой кислоты. Внутримышечно вводят 1 мл 10% раствора кардиазола. Если эффекта не последовало, лечение повторяют еще через 10—15 минут. При отсутствии эффекта и после повторной триады по Николаеву не следует медлить с акушерским вмешательством.

Ребенок может родиться в состоянии асфиксии. Различают две формы первичной асфиксии: синюю и белую. При синей асфиксии (легкой, средней тяжести, тяжелой) ребенок рождается с отчетливым, хотя и несколько замедленным, сердцебиением, мышечный тонус ребенка умеренно понижен, кожные покровы и видимые слизистые оболочки синюшны.

При белой асфиксии — шоковой реакции плода на родовую травму — ребенок находится в состоянии глубокого торможения; для белой асфиксии характерна резкая

бледность кожных покровов, темно-синюшная окраска губ, падение артериального давления, значительное замедление и аритмия сердцебиения, глухость сердечных тонов, отсутствие дыхания. Мышечный тонус резко понижен, голова и конечности висят, как плети.

Все методы оживления при асфиксии необходимо применять с осторожностью, соблюдая правила асептики и постоянно помня об опасности охлаждения для новорожденного. Лечебные мероприятия, направленные на оживление детей, родившихся в асфиксии, должны быть наиболее физиологичными и соответствовать современным требованиям борьбы с асфиксией. Наиболее физиологичным, а потому довольно широко распространенным является оживление новорожденных по способу Легенченко.

Прежде всего нельзя отделять новорожденного от матери до появления у него вдоха и расправления легких, так как новорожденный через пуповину в течение некоторого времени после рождения продолжает получать от матери кислород. Матери в это время необходимо дать подышать увлажненным кислородом из кислородной подушки.

Первейшая забота акушерки — как можно быстрее восстановить проходимость дыхательных путей новорожденного. Ребенка кладут в ванночку с теплой кипяченой водой, установленную на кровати между ногами матери. Температура ванны должна быть не ниже 38° и не выше 40°.

Дыхательные пути новорожденного тщательно и бережно освобождают от слизи, отсасывая ее баллоном с мягким наконечником, а при значительной аспирации — трахеальным катетером (рис. 25).

Катетеризацию трахеи проводит врач или опытная акушерка. Для этого берут мягкий катетер Нелатона № 12 или № 13 (стерилизуют его кипячением). Врач или акушерка вводит в рот ребенку указательный палец левой руки, и по спинке языка доходит до входа в гортань, отводит язык кпереди и книзу, отклоняет осторожно надгортанник кпереди, затем, дойдя до голосовой щели, врач берет правой рукой стерильный смоченный теплой водой катетер, проводит его между спинкой языка на 1—1,5 см до конца пальца левой руки. Затем слизь отсасывает через катетер ртом, вставив между катетером и резиновым мундштуком предохранительную стеклянную оливу. Можно отсасывать слизь через катетер присоединенным к нему баллоном.

Отсасывание катетером надо производить очень осторожно, соблюдая правила асептики и не травмируя слизистую оболочку рта новорожденного. Если слизи много, ее удаляют из баллона, который затем вновь надевают на катетер. При этом нужно убедиться в проходимости катетера.

Не следует пытаться вызвать вдох у ребенка до отсасывания слизи, так как это будет способствовать аспирации.

Поместив ребенка в ванну (не перерезая пуповины) и

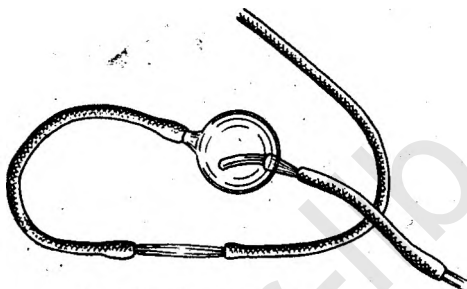


Рис. 25. Трахеальный катетер.

удалив из верхних дыхательных путей слизь, вводят в пупочную артерию 5 мл 4% раствора бикарбоната натрия. При отсутствии немедленного положительного эффекта через ту же иглу вводят 5—7 мл 40% раствора глюкозы (метод Персианинова). Под кожу вводят 0,2 мл 1% раствора лобелина и кордиамин или кардиазол в дозе 0,2—0,25 мл 10% раствора.

Кофеин при асфиксии применять не рекомендуется, особенно в тех случаях, когда имеется подозрение на внутричерепное кровоизлияние, так как он расширяет сосуды мозга. Камфара при асфиксиях малоэффективна, так как действует медленно; кроме того, она дает долго нерасасывающиеся уплотнения и инфильтраты.

Основным мероприятием для выведения новорожденного из состояния асфиксии является дача кислорода. Особенно хороший эффект наблюдается от применения карбогена, т. е. смеси кислорода с углекислотой (углекислоты от 5 до 7%). Это уменьшает одновременно кислородную недостаточность и возбуждает дыхательный центр. Применять карбоген можно лишь после появления первого вдоха. Кроме того, можно подносить к носу ребенка ватку с нашатырным спиртом, обрызгивать лицо и грудь прохлад-

ной водой, применять массаж области сердца и, как крайнюю меру, искусственное дыхание.

Искусственное дыхание проводят при асфиксии, предварительно отделив ребенка от матери.

Методика искусственного дыхания по способу Сильвестра заключается в следующем: ребенка укладывают на спину на пеленальном столе со слегка запрокинутой головкой. Врач берет руки новорожденного около локтей и отводит их за головку, задерживая в этом положении на несколько секунд (фаза вдоха), затем обе руки ребенка опускает и слегка прижимает к переднебоковой поверхности грудной клетки (фаза выдоха). Такие движения повторяют ритмично 25—30 раз в минуту. Помогая врачу детская сестра держит новорожденного за ноги, осторожно прижимая их к животу в момент выдоха.

При оживлении по способу Соколова новорожденного укладывают на столе, причем головка несколько свисает за край. Акушерка захватывает обе голени ребенка одной рукой, а другой — головку, ритмично пригибает ее к груди и одновременно прижимает к животу ноги ребенка с согнутыми коленями. Движения эти нужно повторять размеренно, 25—30 раз в минуту. Этот способ применяется нередко, так как несложен и дает неплохой эффект.

В настоящее время достаточно точно установлено, что независимо от причины, вызвавшей асфиксию у новорожденного, длительное кислородное голодание приводит к тяжелым изменениям во внутренних органах и центральной нервной системе. Установлено также, что у оживленных после затяжной асфиксии детей впоследствии часто наблюдаются неврологические и психические нарушения. Однако до сих пор все известные средства выведения новорожденного из состояния асфиксии не сочетались с мерами по ликвидации кислородного голодания организма. Нередко бывает, что самые энергичные меры оживления ребенка, родившегося в асфиксии, не ликвидируют гипоксемии. Поэтому наиболее современным средством лечения асфиксии новорожденных является метод искусственной вентиляции легких. Этот метод осуществляется с помощью специальных аппаратов, вдувающих воздух в легкие. У новорожденного, родившегося в асфиксии, при пользовании этим способом быстро расправляются спавшиеся участки легких (ателектазированные) и еще до появления собственного дыхания улучшается снабжение крови кислородом.

В Советском Союзе в 1957 г. были созданы первые отечественные аппараты для искусственного дыхания у новорожденных типа РДА-1 (ручной) и ДП-5 (с электроприводом).

Новый очень эффективный способ борьбы с асфиксией новорожденных детально разработан Лабораторией экспериментальной физиологии по оживлению организма АМН СССР под руководством проф. В. А. Неговского. Применение аппаратного искусственного дыхания наиболее эффективно в ранние сроки, т. е. после безуспешного применения метода Легенченко, но не позднее чем через 3—4 минуты после рождения новорожденного в асфиксии. Чем раньше применяется аппаратное искусственное дыхание, тем лучше результат, тем реже наблюдаются, как показывают исследования, тяжелые органические поражения центральной нервной системы у детей, родившихся в асфиксии.

В настоящее время для проведения искусственного дыхания чаще пользуются ручным аппаратом (РДА-1). В нем исследован принцип перемежающегося давления. Это значит, что вдох происходит путем непосредственного вдвухания воздуха в легкие, а выдох совершается пассивно, за счет эластической тяги легких и грудной клетки. Давление, под которым воздух вдвухается в легкие, можно регулировать с помощью клапана от 10 до 14 мм рт. ст.

Ребенка после отделения от матери помещают в теплую ванночку (температура воды 38°), укладывая на спину со слегка откинутой назад головкой; полость рта очищают от слизи.

Акушерке следует хорошо освоить правила введения интубатора. Интубатор и палец перед введением слегка смазывают глицерином. Предварительно необходимо научиться нащупывать следующие части гортани: надгортанник, ощущаемый в виде маленького мягкого валика, лежащего поперечно за корнем языка; вход в гортань определяется в виде узкой щели, расположенной перпендикулярно надгортаннику между двумя черпаловидно-надгортанными связками, которые при ощупывании похожи на два параллельных валика, и, наконец, далее сзади вход в пищевод, определяемый в виде ямки. Кончиком указательного пальца левой руки, введенного в рот, закрывают вход в пищевод; ладонная поверхность кончика ногтевой фаланги лежит на гортани. Интубатор вводят в рот под указательный палец левой руки, ногтевая фаланга которого, нащупав кончик интубатора, направляет и вставляет

его в гортанную щель. Затем интубатор проталкивают правой рукой в глубь трахеи на расстояние 2—3 см.

В дальнейшем при проведении искусственного дыхания необходимо следить, чтобы интубатор не продвинулся слишком глубоко и не закрыл какой-либо бронх. Из резинового интубатора, после того как его ввели в трахею, осторожно вынимают мандрен.

Перед началом искусственного дыхания из дыхательных путей новорожденного тщательно удаляют слизь. Для этого к интубатору присоединяют шланг отсоса. При подозрении, что в интубаторе после аспирации осталась слизь, его следует заменить. Затем интубатор соединяют с дыхательным аппаратом. Искусственное дыхание проводят с частотой до 30 вдохов в минуту, что достигается соответствующим сжатием наполненного воздухом баллона.

Пользование аппаратом РДА-1 весьма эффективно и несложно. Аппарат легко стерилизуется. Каждая акушерка должна научиться правильной его эксплуатации.

За ребенком, выведенным из состояния асфиксии, должно быть очень внимательное наблюдение, чтобы оказать в случае необходимости быструю помощь.

Вторичные, или приобретенные, асфиксии встречаются у новорожденных как рецидив асфиксии, бывшей при рождении, как симптом внутричерепного кровоизлияния или нарушения мозгового кровообращения, как следствие воспаления легких при аспирации молока в результате неправильной техники кормления и при различных пороках развития. У доношенных детей приступы асфиксии наблюдаются обычно только в первые дни после рождения, у недоношенных же они могут отмечаться часто, в течение длительного времени.

Предупредить появление вторичной асфиксии можно, создав наиболее оптимальные условия для новорожденного. В первую очередь надо снабдить детей кислородом, в течение 2—3 суток воздержаться от кормления их грудью, чтобы не провоцировать появление приступов асфиксии. Поэтому в первые дни этих детей кормят с ложечки, а при отсутствии сосательного и глотательного рефлексов молоко осторожно вводят через зонд. Ребенка необходимо укладывать в кровать со слегка приподнятым изголовьем. Для борьбы с ателектазом и гипостазом легких необходимо часто менять положение ребенка в кроватке, поворачивая его с боку на бок, а также применять теплые (38°) горчичные ванны.

Давая новорожденному ребенку кислород, надо придерживаться основных правил.

1. Кислородная подушка должна находиться в чистом месте, в чистой наволочке, наволочки лучше стерилизовать и надевать на подушку.

2. Следует давать ребенку увлажненный кислород. Воронку подушки надо часто мыть с мылом, а перед употреблением протереть спиртом и затянуть стерильной марлевой салфеткой, смоченной перед этим кипяченой теплой водой. Еще более удобным является подача кислорода через аппарат Боброва. В простерилизованный аппарат Боброва наливают чистую свежeproкипяченную воду так, чтобы уровень ее был на 2—3 см ниже конца короткой трубки (длинная погружена в воду). Один конец резинового шланга (идуший к длинной трубке) плотно соединяют со шлангом наполненной кислородом подушки. Шланг, идущий от короткой трубки, заканчивается на конце воронкой, которую помещают у носа ребенка. На подушку кладут небольшой груз (грелку с теплой водой), под давлением которого кислород из подушки поступает через длинную трубку в воду, а затем, увлажнившись, через короткую трубку по шлангу — к лицу ребенка. Но при подаче кислорода через воронку теряется большая часть кислорода из подушки.

Удобным способом является следующий: в нос ребенка вводят носовые катетеры, соединенные посредством тройника и резиновой трубочки с кислородной подушкой (через аппарат Боброва). Можно давать кислород через обычную резиновую соску, надетую на шланг кислородной подушки.

Установка эта очень проста и не требует особых приспособлений.

3. При даче кислорода не надо сильно нажимать на подушку, так как сильная струя кислорода вредно воздействует на слизистую оболочку дыхательных путей.

4. Зимой нельзя сразу давать ребенку дышать холодным кислородом.

5. Кислородную подушку нельзя держать вблизи топящихся печей или горячих батарей центрального отопления.

6. Давать кислород новорожденному надо до появления розовой окраски кожных покровов и видимых слизистых оболочек (при асфиксии) или в течение определенного времени (например, больным и недоношенным детям — по несколько секунд до и после кормления).

Заботливый уход, правильное вскармливание и чистый воздух являются теми условиями, которые необходимы, чтобы выходить ребенка, страдающего асфиксией.

Уход при заболеваниях пуповинного остатка и пупочной раны. Уход за пуповинным остатком и пупочной раной должен проводиться при строгом соблюдении правил асептики и антисептики во всем родильном отделении и в детских палатах.

При длительно не сохнувшей пупочной культe, издающей зловонный запах, ухудшении состояния ребенка следует подумать о начинающейся гангрене пуповинного остатка. В этих случаях показано лечение пенициллином, а сестра, обрабатывая пуповину, должна присыпать влажную культу подсушивающими порошками (дерматолом, ксероформом, стрептоцидом). При слишком длинном влажном пуповинном остатке его необходимо частично укоротить ножницами (это может сделать акушерка, врач), а оставшуюся культу на срезе прижигают 5% раствором марганцовокислого калия.

Из воспалительных заболеваний пупочной раны, выявляющихся обычно после отпадения пупочной культи, чаще всего встречаются омфалит (мокнувший пупок), язва пупка, гранулема или фунгус, гангрена пупка. Лечение при этих заболеваниях в первую очередь должно быть направлено на предупреждение распространения процесса и повышение защитных сил организма ребенка. Если сестра заметила во время дежурства появление каких-либо выделений из пупочной раны или покраснение кожи вокруг пупка, она должна срочно сообщить об этом врачу. Если врач отсутствует, сестра должна наложить на пупок стерильную повязку с чистым винным спиртом или раствором риванола 1:1000. Во всех случаях воспалительных заболеваний пупка следует по назначению врача как можно ранее начинать внутримышечные инъекции пенициллина.

Уход за пупочной раной осуществляется сестрой по назначению врача. Местно широко применяются антисептические средства, промывания пупочной раны 3% раствором перекиси водорода с последующим смазыванием 5% раствором азотнокислого серебра или 5% раствором марганцовокислого калия, присыпка стрептоцидом, ксероформом, биомицином, сухим пенициллином. При гранулеме и грибке пупка применяется прижигание один раз в сутки палочкой ляписа с целью разрушения чрезмерно разросшихся грануляций.

Детская сестра должна помнить, что ко всем нарушениям нормального заживления пупочной ранки нужно относиться с особой внимательностью и серьезностью, так как они могут привести к сепсису.

Уход при опрелостях. Опрелости кожи чаще всего бывают в области ягодиц, половых органов, внутренних поверхностей бедер, а также в области кожных складок: шеи, подмышечных и др. При небрежном уходе за ребенком, редкой смене пеленок кожа его загрязняется мочой, испражнениями и ее верхний слой (эпидермис) подвергается мацерации, т. е. размягчению и слушиванию, а в более запущенных случаях — и изъязвлению.

Различают три степени опрелости. К I степени относят легкое раздражение кожи, без нарушения ее целостности. Ко II степени относят те опрелости, при которых имеются яркая гиперемия и начинающиеся эрозии. Опрелость III степени характеризуется резко выраженными красными, постоянно мокнущими кожными покровами, образующимися в результате слияния эрозий и изъязвлений.

Наличие опрелостей свидетельствует в большинстве случаев о плохом уходе за новорожденным в детской палате родильного дома, и лишь в небольшом проценте случаев следует учитывать индивидуальное предрасположение ребенка к опрелости (у детей с очень нежной кожей, а также пастозных, с ранними проявлениями экссудативного диатеза).

Лечить опрелости нелегко, поэтому лучше предупредить их появление. Врач вместе с детскими сестрами должен анализировать все случаи опрелостей и добиваться, чтобы причины их были ликвидированы. Детская сестра, подмывая ребенка, должна очень тщательно осушать кожу, особенно в складках, нежным прикладыванием мягкой сухой пеленки, действуя ею как промокательной бумагой. Затем покрасневшие места смазывают стерильным растительным маслом или рыбьим жиром, мазью от ожога (льняное масло пополам с известковой водой), детским кремом или 3—5% раствором марганцовокислого калия. Детей с начинающимся раздражением кожи пеленают нетуго и перепеленывают как можно чаще, через 1—1½ часа, пользуясь мягкими марлевыми подгузниками или подгузниками из старых тонких пеленок, хорошо впитывающими мочу и жидкую часть испражнений. Клеенку в этих случаях не подкладывают, а вместо нее пользуются пеленкой, сложенной в 8 раз. При опрелостях хорошо делать ребенку воз-

душную ванну в детских палатах, а иногда использовать теплый воздух от стоящего на значительном расстоянии теплового рефлектора. Устраивают воздушные ванны, или, как принято говорить, аэрацию кожи, так: хорошо завернув грудь, спину, обе стопы ребенка, обнажают пораженные части и оставляют в таком состоянии на 20—30 минут и дольше (это зависит от состояния ребенка и температуры воздуха в детской палате). Такую аэрацию кожи повторяют несколько раз в течение суток, а если состояние ребенка и температура воздуха позволяют, то и постоянно, завертывая ребенка в пеленки на время кормления. Не следует удалять испражнения сухим углем испачканной пеленки, а после каждого испражнения или мочеиспускания нужно хорошо подмыть ребенка намыленной рукой и теплой водой, тщательно осушив затем кожу.

Для лечения опрелостей сухим теплым воздухом очень удобно пользоваться ручным электрическим аппаратом для просушки волос — фэном. Фэн включают в сеть и направляют поток теплого воздуха на места опрелости. Эту процедуру проводят 5—6 раз в день по 3—5 минут. Аппарат держат на таком расстоянии от ребенка, чтобы температура воздуха была приятно теплой (сестра должна проверить рукой).

При хорошем уходе опрелости кожи проходят сравнительно быстро. Для лечения применяют облучение ртутно-кварцевой лампой (в этом случае не разрешается применение жировых повязок и смазываний). В целях борьбы с инфекцией на мокнущие кожные покровы накладывают мази и эмульсии с бактерицидными лекарствами (5% стрептоцидовая или синтомициновая эмульсии на рыбьем жире и др.). Ребенка, у которого появились опрелости, следует оставлять в родильном доме до полного выздоровления, так как выписанный недолеченным домой такой ребенок доставляет матери много забот и плохо развивается.

Уход при гнойных поражениях кожи. Гнойные поражения кожи, или пиодермия, у новорожденных проявляются в виде следующих форм.

Везикулоступулез — разбросанные по коже отдельные или группами мельчайшие поверхностные пузырьки с серозным или гнойным содержимым. Пузырьки окружены венчиком гиперемии. Излюбленная локализация — складки шеи, внутренние поверхности плеч и боковые поверхности грудной клетки. Гнойнички сами по себе могут быстро исче-

зять, но при плохом уходе за кожей количество их может значительно увеличиваться и повести даже к возникновению абсцессов.

Абсцессы — более серьезное поражение кожи.

Ограниченное нагноение в подкожножировой клетчатке или в других тканях и органах называется гнойником, или абсцессом. Абсцессы возникают при проникновении микробов, находящихся на поверхности кожи, слизистых оболочек, или при перенесении инфекции из отдаленных мест током лимфы, крови. Чаще всего входными воротами для инфекции являются ссадины или царапины на коже новорожденного, иногда незначительные, даже невидимые глазом.

Имеющиеся у ребенка гематомы, возникшие после травмы, при проникновении в них инфекций могут стать абсцессом. При этом местно наблюдается краснота, припухлость, жар, напряжение кожи. Лечение абсцессов хирургическое.

Флегмона новорожденного — гнойно-некротическое заболевание. Для него характерно острое начало, тяжелое течение и в противоположность абсцессу быстрое распространение местного процесса; при флегмоне некротические изменения в подкожной клетчатке преобладают над воспалительными. Возбудителями флегмоны чаще всего оказываются стафилококки и стрептококки. Проникают они, как и при абсцессах, через царапины или ссадины на коже, ранки и т. д. Вначале может появиться небольшое красное пятно, которое быстро увеличивается в размерах. Отмечается припухлость, местное повышение температуры и другие признаки воспаления. Одновременно с развитием воспаления резко ухудшается общее состояние ребенка: повышается температура, ребенок становится апатичным, отказывается от груди. Чем раньше будет начато лечение флегмоны, тем лучше исход. Поэтому детская сестра при малейшем подозрении на воспалительный процесс кожи новорожденного должна сообщить об этом врачу. Лечение флегмоны хирургическое. Одновременно врач назначает комплексную терапию с целью улучшить общее состояние новорожденного. Сестре, ухаживающей за таким ребенком, следует помнить, что от четкого выполнения ею назначений врача зависит жизнь ребенка.

Пузырчатка новорожденных (пемфигус). В разных местах на коже новорожденного появляются пузыри довольно больших размеров. Пузыри тонкостенные, целость их легко нарушается, и из них вытекает серозная или гнойная жидкость, обнажая округлой формы участок

сосочкового слоя кожи, ярко гиперемированный. Пузырчатка новорожденных является чрезвычайно заразным заболеванием. При небрежном отношении персонала к правилам асептики и несвоевременной изоляции первого заболевшего ребенка легко может возникнуть массовая вспышка пузырчатки у всех контактных детей. Если количество пузырей велико и размеры их значительны, состояние ребенка может ухудшиться.

Особая опасность всех гнойных заболеваний кожи состоит в том, что местный процесс, вначале как будто неопасный, легко может привести к сепсису.

Сестра, пеленая новорожденного, должна всегда очень внимательно осматривать кожу. Опытная детская сестра сразу определяет заболевание кожи и еще до прихода врача принимает нужные меры. Сестра-новичок должна позвать врача или старшую сестру и сообщить им о возникших у нее сомнениях.

Появление гнойничковых заболеваний у новорожденных — показатель неблагополучия в родильном доме. Гнойной инфекцией (стафилококковой или стрептококковой) новорожденные могут заразиться при мастите, послеродовых заболеваниях у матерей, а также при гнойничковых заболеваниях кожи у матерей или у обслуживающего персонала.

Сестра, заметившая у ребенка гнойничок, подозрительное пятнышко или эрозию, обязана до прихода врача изолировать такого ребенка в бокс, а если это невозможно, то хотя бы в общей палате за ширмой, выделив для ухода за ребенком особый халат. Необходимо после каждого пеленания тщательно мыть руки дезинфицирующим раствором. Детей с гнойными поражениями сестра должна пеленать после того, как обслужит всех здоровых новорожденных.

В боксе должно быть все необходимое для обслуживания одного ребенка, чтобы сестра не выходила из бокса до окончания пеленания и не переносила бы инструментарий и медикаменты из одного бокса в другой.

Основной принцип работы в боксах — не разносить из него инфекцию. Поэтому сестра и врач работают в боксе в отдельных халатах, которые снимают, выходя из бокса; руки они тщательно моют сначала в дезинфицирующем растворе, а затем теплой водой с мылом. Инструментарий моют проточной водой и кипятят; использованный перевязочный материал сжигают. Грязное белье тут же в боксе замачивают в бачке или тазу с дезинфицирующим раствором на 1 час, а затем отжимают и санитарка отдельно сдает его в

прачечную. Ежедневно в боксах под контролем дежурной детской сестры производится тщательная уборка, во время которой стенки бокса, двери, кровати, пеленальный стол, умывальник, пол протирают свежим дезинфицирующим раствором. Два раза в сутки боксы облучают ртутно-кварцевой лампой (по 20 минут).

При гнойных поражениях кожи у детей весьма желательно стерилизовать пеленки. Если это невозможно сделать, детская сестра должна следить, чтобы белье детей было тщательно проглажено с обеих сторон и чтобы оно имело в достаточном количестве.

В изоляторе для купания таких детей должна быть отдельная ванна, которую до и после купания тщательно моют горячей водой с мылом и дезинфицируют. Перед купанием и после него сестра должна тщательно мыть руки.

К перевязкам при гнойных поражениях кожи у детей сестра должна относиться, как к серьезной хирургической операции.

Назначения врача должны выполняться очень точно, так как малейшее упущение может привести к распространению гнойного процесса и быть причиной гибели ребенка.

Уход при офтальмобленнорее. Офтальмобленнорея, или гонококковый конъюнктивит, в настоящее время встречается редко благодаря профилактике глаз по методу Матвеева — Креде. Заболевание опасно тем, что может легко передаться от ребенка ребенку через руки персонала, инструментарий и белье, а при несвоевременном распознавании и лечении ведет к слепоте.

Ребенок, больной офтальмобленнореей, должен быть обязательно изолирован. Ухаживающая за ним сестра, соблюдая все правила ухода за изолированными детьми, должна как можно чаще осторожно удалять с век появляющееся отделяемое, проводя стерильным ватным шариком от наружного угла глаза к внутреннему. Так как чаще поражается один глаз, надо класть ребенка на сторону больного глаза (чтобы гной не попадал в здоровый глаз).

Помимо туалета, сестра закапывает в глаза ребенку назначенное врачом лекарство точно в указанное им время. От внимательного ухода сестры зависит исход заболевания. При плохом уходе роговица глаза изъязвляется и ребенок слепнет.

Уход при респираторных заболеваниях. Среди инфекционных болезней острые катары дыхательных путей и грипп встречаются наиболее часто. Большая их распростра-

ненность и частота эпидемических вспышек свидетельствуют об очень высокой контагиозности (заразности) этих заболеваний. Признаки катара верхних дыхательных путей и эпидемического гриппа почти одинаковы. Много лет эти болезни относили к одной группе простудных заболеваний, но впоследствии между ними были обнаружены различия.

Клиническими и эпидемиологическими исследованиями установлена вирусная природа большей части острых катаров дыхательных путей.

Часть катаров дыхательных путей может быть вызвана микробами, находящимися в носоглотке, которые при охлаждении организма или под влиянием других факторов могут привести к заболеванию.

Эпидемический грипп вызывается особым возбудителем — фильтрующимся вирусом. Респираторные заболевания передаются воздушно-капельным путем от больного при чиханье, кашле, разговоре. Инфекция может передаваться через руки, загрязненные слюной, или слизью из дыхательных путей больного, через предметы и т. д.

Несвоевременная изоляция заболевших гриппом женщин и несвоевременное отстранение от работы заболевших гриппом работников родильного дома может привести к вспышке тяжелой эпидемии гриппа среди новорожденных.

Грипп опасен своими осложнениями: у новорожденных это чаще всего отит или воспаление легких.

При появлении у новорожденного первых признаков заболевания гриппом первоочередной задачей дежурной детской сестры является быстрая изоляция заболевшего ребенка.

Лечение при гриппе значительно эффективнее, если за новорожденным обеспечен хороший уход (возвышенное положение верхней части тела, обеспечивающее более свободное дыхание; частое пеленание; своевременное удаление из носовых ходов накапливающегося отделяемого; согревание грелками; контроль за питанием; допаивание в случае необходимости и т. д.)

При осложнении гриппа пневмонией состояние ребенка ухудшается, он вяло сосет, а иногда и совсем отказывается брать грудь. Дыхание становится учащенным, поверхностным, иногда со стоном, крылья носа при дыхании начинают раздуваться. Губы и носогубной треугольник делаются синюшными, в углах рта иногда видна пенная слюна.

При появлении этих симптомов сестра должна уложить ребенка удобнее, приподняв головку и верхнюю часть груди

(под матрац подкладывают валик или фанерный косяк). Необходимо регулярно проветривать палату и при одышке или синюхе давать ребенку кислород.

В тех случаях, когда ребенок отказывается от груди из-за того, что очень устает, сестра должна суметь дать ему необходимое количество молока. Если ребенок не может сосать из соски, она допаивает его с ложечки, добиваясь, чтобы ребенок получил назначенное врачом количество молока.

Больным детям следует давать в достаточном количестве кипяченую воду, чай, физиологический раствор, 5% раствор глюкозы.

Носовые ходы у новорожденного узкие, а при насморке сужаются еще более вследствие набухания слизистой оболочки, носовое дыхание нарушается, поэтому при насморке у детей открыт рот. Слизистая оболочка рта высыхает и детей надо часто поить. Чтобы слизистая оболочка носа меньше набухала, сестра закапывает по капле в нос назначенные врачом капли: 1% раствор эфедрина, 2% раствор протаргола и др. После закапывания надо проследить за состоянием ребенка; при появлении признаков удушья или посинении кожных покровов надо взять ребенка на руки, дать кислород и т. д.

При хорошей организации работы персонала инфекционные заболевания в родильном доме ограничиваются единичными случаями.

Уход при сепсисе и токсико-септических заболеваниях. В период новорожденности дети особенно склонны к септическим заболеваниям. Это объясняется анатомо-физиологическими и иммунологическими особенностями новорожденных, их неустойчивостью к инфекциям, пониженной сопротивляемостью организма и ярко выраженной склонностью к быстрой генерализации патологических процессов. Главное значение при этом имеет состояние центральной нервной системы, регулирующей все процессы, происходящие в органах и тканях новорожденного.

Возбудителями сепсиса могут быть самые разнообразные бактерии — стрептококки, стафилококки, кишечная палочка и др.

Инфекция может проникнуть в организм ребенка еще внутриутробно (с током крови), во время родов (попадая с содержимым родовых путей матери на кожу, в полость рта, дыхательные органы новорожденного) и после рождения от матери, страдающей инфекционным заболеванием (из воз-

духа, с рук обслуживающего персонала, белья, предметов ухода, с инфицированным молоком и др.).

Входными воротами инфекции часто являются пуповинный остаток или пупочная рана, царапины или ссадины на коже или слизистых оболочках, дыхательные органы и т. д. Началом может быть гнойничковое поражение кожи, долго мокнущий пупок.

Общими начальными симптомами септического процесса являются вялость, неохотное сосание груди или даже отказ от нее, срыгивание, падение веса, изменение общего вида ребенка: землисто-желтушная окраска кожи или ее бледность. Появление этих симптомов должно обеспокоить сестру, и она обязана немедленно сообщить о них врачу.

С 1930 г. в родильных домах стали появляться вспышки токсико-септических заболеваний среди новорожденных, дававшие очень высокий процент смертности. Ведущим симптомом этих заболеваний, возникающих всегда внезапно, остро, было резкое падение веса ребенка и появление полужидкого или жидкого частого стула (до 12—10 раз в сутки) ярко-желтого или оранжевого цвета. Состояние ребенка при этом заболевании катастрофически быстро ухудшается.

Входными воротами для инфекции чаще всего являются носоглотка и рот.

Первым обязательным условием при подозрении на сепсис или токсико-септическое заболевание должна быть обязательная изоляция заболевшего ребенка, обеспечение строжайшего индивидуального ухода, во-первых, потому, что он опасен для других новорожденных, во-вторых, потому, что вследствие тяжести заболевания ребенок нуждается в особенно тщательном уходе. Кормление этих детей требует от сестры большой настойчивости и терпения, так как они теряют аппетит, часто отказываются брать грудь, страдают рвотой и т. д. Борьба с обезвоживанием и истощением должна быть энергичной и повседневной.

При заболевании матери сепсисом вопрос о прикладывании ребенка к груди матери решает врач; при временном прекращении кормления грудью мать сцеживает молоко, которое дают ребенку обязательно стерилизованное, во избежание переноса инфекции.

Детской сестре необходимо предупредить появление гипостазов в легких больного ребенка. Для этого ребенка следует время от времени поворачивать с одного бока на другой, брать его на руки. Надо внимательно наблюдать за таким ребенком, чтобы своевременно оказать ему помощь:

быстро удалить при срыгивании молоко, чтобы оно не попало в дыхательные пути, вовремя сделать инъекцию сердечного средства и т. д.

Огромное значение имеет своевременно начатое лечение, особенно применение антибиотиков. Сестра обязана уметь правильно развести пенициллин, стрептомицин и другие применяемые для инъекций антибиотики, соблюдая нужную стерильность и рассчитав необходимую концентрацию.

Введение антибиотиков должно производиться в назначенные врачом часы, и сестре следует точно выполнять это предписание, так как только при точном соблюдении назначенной врачом схемы введения антибиотиков в крови будет поддерживаться необходимая концентрация препарата, подавляющая развитие инфекции.

Сепсис — заболевание чрезвычайно тяжелое, часто быстро ведущее к гибели ребенка, и поэтому от своевременности принятых мер и качества сестринского ухода зависит исход заболевания.

Появление сепсиса в родильном доме — первый признак плохой организации работы, пренебрежения правилами асептики, недобросовестной работы персонала.

Наблюдениями за эпидемиологическими особенностями токсико-септических заболеваний установлена необходимость обязательного проведения в родильном доме следующих мероприятий.

1. При появлении первых симптомов токсико-септического состояния новорожденный и его мать должны быть переведены в больницу. Если сделать это невозможно, ребенок и мать должны быть изолированы.

2. После изоляции заболевшего ребенка все его белье замачивают в 0,25% растворе хлорамина и стирают отдельно.

3. В детской палате, из которой изолирован ребенок с токсико-септическим заболеванием, объявляется карантин. В эту палату нельзя принимать новых детей, а также переводить из нее новорожденных в другие палаты.

4. После выписки всех контактных детей в детской палате проводят тщательную дезинфекцию; палату хорошо проветривают и облучают ультрафиолетовыми лучами. Материнскую палату также тщательно дезинфицируют.

5. Во время вспышки токсико-септических заболеваний в родильном доме подлежат немедленной изоляции все дети, болеющие также легкой формой диспепсии.

6. Детская сестра, обслуживающая больного ребенка в изоляторе, не должна общаться с медицинским персоналом, ухаживающим за другими детьми.

7. Старшая сестра родильного дома обязана своевременно сообщить детской консультации о выписке ребенка, перенесшего токсико-септическое заболевание или бывшего в контакте с больным и находившегося на карантине. Детская консультация ведет учет этих детей и устанавливает за ними тщательное наблюдение.

8. Появление в родильном доме повторных заболеваний должно быть сигналом для временного закрытия его с целью проведения самой тщательной дезинфекции всего родильного блока, акушерского и детского отделений, твердого и мягкого инвентаря.

9. Перед тем как открыть родильный дом после дезинфекции, необходимо провести бактериологическое обследование всего медицинского персонала (слизь из зева и носа на гемолитический стрептококк и стафилококк, кал на наличие патогенных микробов кишечной группы). Берут смывы с твердого и мягкого инвентаря, с предметов ухода.

10. Медицинский персонал, обслуживающий детей с токсико-септическим заболеванием, может в дальнейшем ухаживать за здоровыми детьми только после тщательного бактериологического и клинического обследования.

11. Родильницам, перенесшим кишечную инфекцию в недавнем прошлом, должно быть проведено бактериологическое обследование. При положительном результате исследования родильницу изолируют и проводят соответствующее лечение. Ее ребенка также изолируют и обязательно обследуют.

12. Все беременные, наблюдаемые в женских консультациях, должны своевременно направляться для бактериологического исследования кала, а результаты обследования должны быть отмечены в обменной карте, которую беременная предъявляет в родильном доме при поступлении.

13. Обязательным является повышение квалификации всего обслуживающего персонала родильного дома путем систематических занятий, лекций и докладов на соответствующие темы.

Уход при мелене новорожденных. Мелена — заболевание новорожденных, первым симптомом которого является кровавая рвота или кровь в испражнениях. Иногда в рвотных массах ребенка обнаруживается свежая алая кровь. В первые 1—2 суток после рождения это бывает оттого, что

ребенок, проходя через родовые пути матери, проглотил некоторое количество околоплодных вод с примесью материнской крови. Позднее кровь в срыгнутом молоке может появиться, если ребенок сосет грудь матери, страдающей трещинами сосков. Значительно реже кровь может обнаруживаться в рвотных массах при кровотечении из носоглоточного пространства (например, при экскориациях слизистой оболочки, причиненных катетером или рукой акушерки при отсасывании слизи из полости рта и носа). Эти явления не отражаются на общем состоянии ребенка и для новорожденного безопасны. Лечение при этом не требуется. Лишь при наличии кровотечения из носоглотки необходимо местное лечение. Все эти явления называются ложной меленой.

При истинной мелене у новорожденного появляется обильная рвота с темной, почти черной кровью; крови много, она выделяется в течение суток несколько раз. Одновременно обнаруживается кровь и в испражнениях. Первая же рвота кровью у ребенка должна насторожить сестру. Она обязана немедленно сообщить об этом врачу, а до его прихода принять следующие меры: создать ребенку абсолютный покой, прекратить кормление грудью, очень осторожно пеленать его в кроватке (не беря на пеленальный стол), ни в коем случае не подмывать под умывальником. Не вынимая ребенка из кроватки, нужно мягкой пеленкой, смоченной в теплой воде, осторожно вытирать загрязненные места. Для того чтобы лишний раз не беспокоить ребенка, под ягодицы, как подгузник, следует подложить сложенную в 8 раз пеленку и менять ее по мере загрязнения, не трогая остальных пеленок.

Кормить ребенка надо сцеженным охлажденным молоком с ложечки, маленькими порциями. Через каждые 3 часа нужно давать ребенку 5% раствор хлористого кальция (по чайной ложке), витамин К (викасол) по 0,002 г 3 раза в сутки, витамин С.

Сестра должна подготовить все необходимое для взятия крови у матери, так как внутримышечное введение ее крови ребенку действует как хорошее кровоостанавливающее средство. Применение нормальной лошадиной сыворотки, желатины, переливание крови проводятся врачом.

Уход при родовых травмах. Родовые травмы у новорожденных могут встречаться довольно часто. В зависимости от течения родов, осложнений при них, от положения ребенка, несоответствия размеров таза матери величине го-

ловки ребенка, от характера помощи, оказываемой при родах, и многих других причин травмируются различные органы и части тела ребенка. Степень тяжести травмы может быть различной.

Травмы встречаются и при нормально проходящих родах. Поэтому каждого родившегося ребенка следует очень тщательно осмотреть и затем наблюдать, как он себя ведет, как кричит и т. д. При осмотре сестра может отметить родовую опухоль на предлежащей части, кефалогематому —



Рис. 26. Кефалогематома односторонняя.



Рис. 27. Кефалогематома двусторонняя.

флюктуирующую опухоль на теменной кости, представляющую собой кровоизлияние под надкостницу одной или обеих теменных костей (рис. 26, 27), кровоизлияния в кожу и видимые слизистые оболочки, ссадины и царапины на коже, изменение окраски кожных покровов (резкое побледнение или посинение при асфиксиях), судороги в виде подергиваний отдельных групп мышц или общие судороги всего тела, паралич конечностей, дряблость и вялость всех мышц тела и т. д.

При ощупывании сестра может заметить крепитацию (похрустывание) при переломах костей — ключицы, плеча, ребра, изменение формы конечностей и др.

Опытная сестра во многих случаях может самостоятельно оказать нужную помощь новорожденному до прихода врача. Сестра-новичок должна посоветоваться в этих случаях с более опытными товарищами или же вызвать врача для осмотра травмированного в родах ребенка.

Родовая опухоль проходит сама по себе. Кефалогематома может быть вначале замаскирована родовой опухолью, но на 2—3-й день после рождения ребенка, когда проходит

родовая опухоль, кефалогематома выявляется особенно отчетливо. При неосложненной кефалогематоме лечения не требуется. Однако, если в гематому продолжается кровоизлияние, что определяется степенью ее напряжения, над опухолью полезно подвесить пузырь со льдом и дать ребенку 5% раствор хлористого кальция, викасол и витамин С. Кожу над кефалогематомой следует оберегать от царапин из



Рис. 28. Повязка при переломе ключицы.

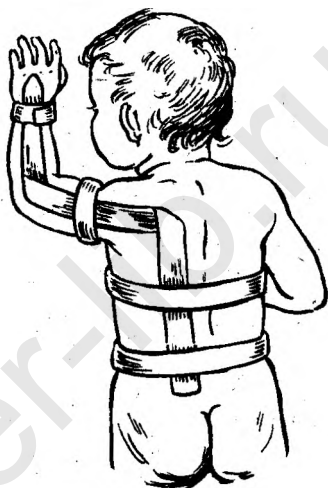


Рис. 29. Повязка при переломе плеча.

опасения заноса в нее инфекции. Серьезным осложнением является нагноение кефалогематомы, требующее хирургического вмешательства.

Повреждения кожи в виде царапин и ссадин, например после наложения щипцов и иногда вакуум-экстрактора, требуют соблюдения правил асептики и смазывания 5% йодной настойкой один или два раза в сутки. При более серьезных травмах кожи иногда приходится оказывать хирургическую помощь, накладывая швы; это делает врач.

Перелом ключицы определяется сравнительно легко и опытная сестра распознает его без особого труда. Ребенка при этом она кладет на здоровую сторону, предварительно наложив повязку. Повязку накладывают так: кожные складки тщательно очищают от первородной смазки стерильным маслом (для того чтобы не возникла опрелость); затем на ключицу и в подмышечную впадину кладут

небольшие ватные валики, руку на стороне перелома сгибают в локте и фиксируют бинтом к туловищу ребенка (рис. 28).

Обычно при правильно наложенной иммобилизующей повязке ключица хорошо срастается и после снятия повязки на 10—11-й день ребенка уже можно выписать домой с образовавшейся на месте перелома костной мозолью, предварительно проинструктировав мать о правилах ухода за ребенком.



Рис. 30. Повязка при переломе бедра

При переломе плеча (рис. 29) или бедра сестра должна уметь наложить шинную повязку, но обычно такую иммобилизацию производит врач. Важно при этом поставить отломки в наиболее правильное и покойное положение так, чтобы конечности не двигались. Повязка при переломе бедра может быть без шины, если нога ребенка запрокидывается на плечо той же стороны; в этом случае бедро прибинтовывают к туловищу ребенка (рис. 30).

После накладывания повязки сестра должна всячески оберегать ее от загрязнения. Уход за такими детьми осуществляют в кровати, создавая тем самым максимальный покой конечности. Кормить новорожденного надо сцеженным молоком, а когда мать сможет подходить к нему и, наклоняясь над кроваткой, давать ему грудь, можно начать кормление ребенка и таким способом.

Сестра должна следить за тем, чтобы постель ребенка была в полном порядке, белье не имело складок, чтобы не появились опрелости, пролежни или гнойничковые заболевания кожи.

Параличи и парезы (неполные параличи) конечностей требуют покоя. Уход за такими детьми проводят в кровати, кладя ребенка на здоровую сторону. Пеленать ребенка нуж-

Но нетуго, чтобы не нарушать кровообращения. Парализованную конечность согревают грелкой с теплой водой, сменяемой по мере остывания. Сестра должна сама проверять температуру воды в грелке и укладывать ее в кровать к ребенку, помня об опасности ожога.

Внутричерепные травмы особенно часто встречаются у недоношенных новорожденных и у очень крупных детей. Если сестра принимает в родильном зале от акушерки новорожденного, родившегося в состоянии асфиксии, она должна подумать о внутричерепной травме и создать ребенку полный покой до прихода врача. Если ребенок вял, мышцы тела у него расслаблены или, наоборот, чрезмерно напряжены, он не кричит, а только стонет, бледен, глазные яблоки подергиваются вверх, вниз или в стороны, появляется заметное косоглазие, судороги и т. п., сестра должна до прихода врача уложить ребенка в кровать с приподнятым головным концом, предоставить ему полный покой (уход только в кровати!), подвесить над головкой пузырь со льдом, дать ребенку подышать увлажненным кислородом (у таких детей часто наблюдаются приступы асфиксии), к ногам положить теплую грелку.

Полный покой ребенку с внутричерепным кровоизлиянием можно создать, исключив пеленание. Под ягодицы подкладывают мягкий подгузник, а сверху покрывают ребенка пеленкой и теплым одеялом. Опасаться применения льда из боязни простудить ребенка не следует: как правило, у детей, которым применялся лед, никаких простудных явлений не отмечалось. Обычно используются пузыри для льда небольших размеров. В такой пузырь накладывают мелкие кусочки льда и завинчивают крышкой. Затем над изголовьем кровати подвешивают пеленку (наподобие гамака), в которую кладут пузырь. Регулируя уровень провисания пеленки с пузырем, устанавливают его над головкой ребенка на 1—1,5 см (т. е. так, чтобы пузырь не лежал непосредственно на головке новорожденного). Пузырь надо хорошо завинчивать, чтобы талая холодная вода не попала на ребенка.

Еще до прихода врача сестра должна дать ребенку, страдающему внутричерепной травмой, витамин К, способствующий быстрой остановке кровотечения и повышению свертываемости крови.

Витамин К₃, или викасол, дают внутрь в порошках в дозе 0,002 г—2—3 раза в сутки. Способствует прекращению кровотечения и витамин С (аскорбиновая кислота).

При тяжелых мозговых симптомах, особенно при наличии резких судорог, врачи назначают ребенку кислород и успокаивающие и противосудорожные средства, например 1% раствор бромистого натрия по 5 мл на прием, люминал по 0,005—0,01, 5% раствор хлористого кальция, сернокислая магнезия 25% раствор внутримышечно по 0,5—1 мл, хлоралгидрат в клизме. Обычно хлоралгидрат готовят непосредственно перед применением в виде 1% раствора или же в порошке (разовая доза на одну клизму 0,2 г). Так как хлоралгидрат относится в Фармакопее к списку В, как сильнодействующее лекарственное средство, хранить его следует под замком или же лучше получать в аптеке в случае необходимости в однократной дозе.

Перед лечебной клизмой сестра делает ребенку очистительную клизму из кипяченой воды комнатной температуры. После очищения кишечника ребенка подмывают и кладут на чистую пеленку. В стерильную мензурку или градуированную бутылку сестра наливает 20—30 мл 1% раствора хлоралгидрата и ставит ее в миску с теплой водой; подогретый раствор хлоралгидрата сестра набирает в маленький резиновый баллон с мягким наконечником (или надевает на баллон резиновый катетер) и, осторожно введя его кончик в задний проход на 2—3 см, медленно вводит раствор. Чем медленнее и осторожнее вводят раствор, тем лучше он удерживается и всасывается. Затем сжатый баллон извлекают (не отпуская его!) и рукой зажимают обе ягодицы, чтобы раствор не вытек из прямой кишки. Хлоралгидрат желательно развести в какой-либо обволакивающей жидкости, способной смягчить его раздражающее действие на слизистую оболочку: его готовят на крахмальном или крупяном отваре. Раствор хлоралгидрата можно вводить и шприцем с надетым на него мягким катетером.

Сестра обязана внимательно следить за состоянием больного ребенка после того, как ему поставят клизму с хлоралгидратом, сестра должна отметить, когда прекратились судороги, когда ребенок уснул, какой у него характер дыхания, не появились ли признаки наступающей асфиксии и т. п.

В последнее время при появлении у новорожденных выраженных явлений раздражения центральной нервной системы (беспокойства, тремора конечностей, судорог и т. д.) применяют нейроплегические средства, чаще всего аминазин. Аминазин вводят внутримышечно в виде 0,25% раствора по 0,2—0,3 мл на инъекцию 1—2 раза в день.

Детская сестра обязана помнить, что ребенок, получающий аминазин, должен находиться под ее особо пристальным вниманием. Во время дачи аминазина грелку из кровати ребенка следует убрать. По назначению врача через определенные промежутки времени осторожно, чтобы не беспокоить ребенка, измеряют у него температуру.

Характерной особенностью аминазина является его способность снижать температуру тела, но в отдельных случаях у больных при парентеральном введении наблюдается подъем температуры, а также значительное падение артериального давления, что может обусловить коллаптоидную реакцию. Усиливая действие противосудорожных средств, в редких случаях сам аминазин может вызвать судорожные явления. При повышении температуры у больного новорожденного, появлении гиперемии лица или резкой бледности ребенка сестра должна безотлагательно сообщить дежурному врачу.

В случае необходимости врач производит спинномозговую пункцию. Сестра, предварительно хорошо вымыв руки, подготавливает стерильные иглы, шприц, пробирку для спинномозговой жидкости, спирт, эфир, коллодий и перевязочный материал и помогает врачу, удерживая ребенка в нужном положении.

Новорожденного с родовой травмой кормят сцеженным материнским молоком в детской и только с разрешения врача сестра подает его матери для кормления грудью.

Выхаживание новорожденных с внутричерепным кровоизлиянием нелегкое, но благородное дело, и роль детской сестры в исходе болезни чрезвычайно велика.

Уход при гемолитической болезни новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденных может возникнуть в результате несоответствия крови матери и плода по резус-фактору или по групповым факторам крови. Каждая беременная, посещающая женскую консультацию, должна быть обследована на резус-принадлежность, особенно если у нее имеется неблагоприятный акушерский анамнез.

В приемном блоке родильного дома у каждой беременной выясняют данные о течении и исходе предыдущих беременностей, имелись ли недонашивания, произвольные выкидыши, мертворождения, случаи смерти предыдущих детей в первые дни жизни от тяжелой желтухи или водянки, не переносили ли оставшиеся в живых дети тяжелой желтухи при рождении. Выясняют также, делались ли беременной переливания крови, были ли при этом реакции: озноб,

повышение температуры и т. д. Исследование крови на резус-принадлежность особенно необходимо в случае выявления какого-либо неблагополучия в анамнезе. Если поступает роженица с резус-отрицательной кровью, акушерка обязана сообщить об этом врачу и предупредить детскую сестру заранее о возможности гемолитической болезни у новорожденного, чтобы сестра особенно внимательно следила за ним.

В настоящее время различают три клинические формы гемолитической болезни новорожденных: гемолитическая болезнь с общей водянкой — самая тяжелая форма, гемолитическая болезнь с желтухой и гемолитическая болезнь с анемией без водянки и желтухи — наиболее легкая форма. У новорожденных чаще встречается желтушная форма гемолитической болезни.

В случае, если ребенок родился с очень бледными кожными покровами или с желтушной окраской кожи, сестра должна предположить наличие у него гемолитической болезни и сообщить об этом врачу. В некоторых случаях желтухи при рождении нет, но она появляется рано, в первые часы или сутки, и очень быстро нарастает. У детей с гемолитической болезнью, кроме желтухи, изменяется общее состояние, могут наблюдаться симптомы поражения центральной нервной системы (судороги, ригидность затылочных мышц). Очень важно, чтобы сестра не просмотрела первых признаков гемолитической болезни, так как исход болезни в большинстве случаев зависит от своевременного начала лечения. Обычно при тяжелой желтухе врач делает ребенку обменное переливание крови в первые же сутки.

Обменное переливание — очень ответственная и серьезная операция и детская сестра должна помнить, что от того, насколько внимательно и точно она выполнит назначения педиатра, зависит исход операции для больного новорожденного. Ребенка после операции осторожно завертывают в стерильное белье, укладывают в предварительно согретую грелкой кровать с возвышенным изголовьем; к ногам кладут теплую (не выше 50°) грелку. Организуют подачу увлажненного кислорода. Губы и полость рта ребенка осторожно увлажняют стерильным ватным тампоном, смоченным в 5% растворе глюкозы или 25% растворе буры в глицерине. Сестра должна постоянно помнить о возможности пупочного кровотечения и поэтому периодически контролировать состояние стерильной повязки, наложенной на остаток пупочной культи. При появлении кровотечения необхо-

димо стерильно вымытыми руками, в перчатках, осторожно снять смоченную кровью повязку, наложить до прихода врача новую лигатуру или зажим и свежую давящую стерильную повязку. В случае, когда после обменного переливания остается слишком короткая культя, показано обкалывание пупка шелком, которое производит врач. Остановке сосудистого кровотечения способствует прием витаминов Р, С, К (викасол), внутривенное введение раствора желатинаты, нативной плазмы, внутримышечное введение нормальной лошадиной сыворотки.

Очень реально для ребенка осложнение в виде воспаления легких. Поэтому периодически следует менять положение ребенка в постели, осторожно перекладывая его на другой бок; при срыгивании и рвоте следует немедленно тщательно удалять рвотные массы из полости рта и носа резиновым баллоном или катетером во избежание аспирации жидкости в дыхательные пути.

Ребенка следует обильно поить из ложечки (по указанной врачом дозировке) кипяченой водой, 5% раствором глюкозы, физиологическим раствором поваренной соли. При отсутствии глотательного рефлекса, в особо тяжелых случаях, ребенка кормят и поят через зонд, одновременно вводя с молоком назначенные врачом медикаменты (витамины, преднизолон и др.).

В первые 10—12 дней ребенка кормят сцеженным молоком доноров, а затем временно сцеженным материнским молоком, предварительно выдержанным в течение 5 минут при температуре 70° или прокипяченным. Такую термическую обработку молока надо проводить до тех пор, пока не исчезнут из него резус-антитела (молоко матери периодически следует отправлять на анализ в резус-лабораторию).

Сестра должна приложить все усилия, чтобы ребенок полностью выпивал назначенную ему порцию молока. Прикладывают ребенка к груди только с разрешения врача. Сестра должна терпеливо учить мать правилам кормления и стремиться приучить ребенка брать грудь (после кормления из соски это бывает вначале затруднительным).

При выписке такого ребенка домой врач дает совет матери чаще показывать ребенка участковому врачу и невропатологу в течение первого года жизни.

Уход за новорожденным во втором отделении

Второе отделение в родильных домах выполняет функции изолятора. Работа в этом отделении и уход за больными должны быть построены по принципу работы детского отделения больницы.

Если у роженицы или беременной, поступающей в родильный дом, имеются признаки инфекционного заболевания, ее помещают во второе отделение. Также поступают в отношении женщин, ранее находившихся в физиологическом, чистом, отделении, если у них обнаруживается какое-либо заболевание или послеродовой период протекает с осложнениями. В это же отделение поступают женщины, родившие в этом родильном доме, выписанные домой и заболевшие вскоре после выписки маститом, кровотечением эндометритом и т. д. В это отделение кладут женщин, заболевших гриппом, ангинами, туберкулезом, чесоткой, пиодермией, сифилисом, гонореей и др., с которыми их нельзя поместить в чистое отделение. Во второе отделение сразу же при поступлении помещают женщин, родивших дома или же по дороге.

Акушерка и сестра должны помнить, что каждому новорожденному и его матери после родов в домашних условиях или по дороге необходимо при поступлении в родильный дом вводить противостолбнячную сыворотку (по Безредке). Доза сыворотки для ребенка от 750 — до 3000 единиц.

И, наконец, во второе отделение переводят больных детей из физиологического отделения со здоровой матерью.

Во втором отделении должна быть предусмотрена изоляция женщин и детей друг от друга, поэтому необходимо иметь достаточное количество маленьких палат, на 1—2 койки, чтобы класть больных матерей и детей отдельно, или, если это невозможно, размещать их в палаты по диагнозам.

Персонал второго отделения не должен общаться с персоналом физиологического отделения: необходимая связь (получение медикаментов, перевязочного материала и др.) осуществляется через старшую сестру отделения.

Детская палата должна иметь достаточное количество постоянных боксов и передвижных ширм. Работа сестры облегчается, если боксы максимально застеклены, так чтобы сестра, не заходя в бокс, могла наблюдать за ребенком. Если боксов несколько, то застеклены должны быть и боковые стенки.

Во избежание распространения инфекции пеленание и осмотр детей нужно производить в кровати, не кладя их одного за другим на пеленальный стол.

Обычно во втором отделении матери с детьми находятся значительно дольше, чем в физиологическом. Если в физиологическом отделении мать с ребенком в среднем находится 7—9 дней, то во втором отделении они могут находиться до выздоровления 1—2 и даже 3 месяца. Из-за продолжительности пребывания больных во втором отделении работа сестры здесь имеет значительные особенности. Сестре необходимо тщательно следить за состоянием пупочной раны и кожных покровов новорожденных. Асептика должна соблюдаться очень строго из-за боязни переноса инфекции. Чаще всего во второе отделение поступают дети из других отделений или уже побывавшие дома.

У больных детей нормальный процесс заживления пупочной раны нередко нарушается. Поэтому сестра часто применяет дезинфицирующие промывания, примочки, повязки или прижигания пупочных грануляций.

Во втором отделении опрелости у детей могут наблюдаться чаще, чем в физиологическом, так как более старшие дети, получая большее количество пищи, выделяют и более обильные испражнения. Сестре следует чаще пеленать и подмывать таких детей, шире использовать средства ухода за кожей — смазывание складок кожи стерильным маслом или детские присыпки, предупреждая появление опрелостей. Лечить уже появившиеся опрелости гораздо труднее, и сестра должна помнить об этом. Большое значение во втором отделении приобретает уход за детьми с гнойными поражениями кожи.

Во втором отделении детей следует купать гораздо чаще, чем в физиологическом; обычно у них уже отделилась пуповина, и ребенок нуждается в ежедневной гигиенической ванне.

Детей, уже побывавших дома и поступивших вновь в родильный дом из-за болезни матери, надо помещать в отдельный бокс или палату, так как не исключается контакт этого ребенка дома с инфекционным больным. Сестра должна внимательно наблюдать за такими детьми, помня, что даже совсем маленькие дети уже могут болеть опасными для новорожденных болезнями: коклюшем, дизентерией, дифтерией. При малейшем подозрении на какое-либо инфекционное заболевание сестра должна сообщить об этом врачу.

Во втором отделении всегда должны быть наготове стерильные ватные тампоны на палочках в стерильных пробирках для взятия слизи из зева, носа и стерильные пробирки для испражнений. Из-за боязни переноса инфекции все молоко во втором отделении стерилизуют.

Сестра должна хорошо знать матерей в своем отделении и помнить, с каким заболеванием поступила каждая женщина. Недопустимо прикладывание ребенка к груди чужой женщины, сестра обязана строго следить за этим, разъясняя матерям всю опасность для здоровья и даже жизни ребенка подобных действий.

Во втором отделении весьма часто приходится сталкиваться с гипогалактией матерей. Поэтому новорожденных при малейшем подозрении на недоедание нужно взвешивать до и после кормления грудью. Взвешивание позволяет определить потребность ребенка в докорме и его количество.

Сестра и акушерка должны постоянно разъяснять матерям необходимость сцеживания после каждого кормления остатков молока, чтобы количество его не убывало, так как больной ребенок не в состоянии хорошо сосать грудь матери. В тех случаях, когда мать тяжело больна и временно не может кормить грудью ребенка, сцеживание особенно необходимо, чтобы мать впоследствии смогла кормить ребенка своим молоком. При необходимости ей должна помогать сцеживать молоко палатная акушерка.

Во втором отделении грудного молока часто бывает недостаточно, и потребность в нем не всегда можно удовлетворить. В этом случае для питания детей берут стерилизованное молоко из других отделений, а если его не хватает, детям постарше врач назначает молочные смеси.

О выписке новорожденного из второго отделения сообщается в тот же день участковому педиатру районной поликлиники. В обменной карте указывается, какое заболевание перенес новорожденный и в каком состоянии он выписан из родильного дома.

Профилактика туберкулеза

Заражение ребенка туберкулезом может произойти очень рано, уже в первые месяцы жизни. Источником заражения могут быть мать, отец, близкие родственники, соседи по квартире, приходящие в гости знакомые, страдающие открытой формой туберкулеза. Заразить ребенка можно при уходе за ним, поцелуях и т. д.

Ослабленного ребенка заражение туберкулезом может быстро привести к гибели. Чем раньше заразился ребенок, тем тяжелее протекает у него болезнь. Случаи внутриутробного заражения ребенка от больной тяжелой формы туберкулеза матери являются редким исключением, как правило, ребенок в большинстве случаев заражается после рождения.

Шансы избежать контакта с микобактериями туберкулеза в течение всей жизни малы. Практически раньше или позже почти все люди инфицируются. Поэтому профилактика туберкулеза приобретает очень большое значение. Она обязательно должна проводиться в родильном доме, а затем дома и в детских учреждениях (яслях, детских садах). Огромная работа, проводимая в области профилактики туберкулеза, способствовала тому, что начало инфицирования туберкулезом отодвинулось в сторону более старшего возраста, что обуславливает более легкие формы течения туберкулеза.

Имеются различные методы противотуберкулезной вакцинации, но единственной вакциной, которая при рациональном ее применении оказалась эффективной, является вакцина, полученная Кальметтом и Гереном, так называемая вакцина БЦЖ. Это живые, но ослабленные непатогенные бациллы, способные создать в организме специфический иммунитет.

Профилактика туберкулеза до последнего времени проводилась всем новорожденным в родильных домах путем дачи им противотуберкулезной вакцины внутрь. Выработка иммунитета у ребенка происходит не сразу, а приблизительно через 1½ месяца после вакцинации.

Очень важно помнить, что в этот период — первые 6 недель получивший вакцину ребенок также беззащитен против туберкулезной инфекции, как и не получивший вакцины. Поэтому в этот период следует особенно тщательно оберегать ребенка от туберкулезной инфекции. Если туберкулезом больна мать, она обязана соблюдать все правила предосторожности: носить маску и часто сменять ее, тщательно мыть руки, кипятить предметы ухода, а при необходимости — прекратить вскармливание грудью. При заболевании открытой формой туберкулеза членов семьи необходимо помещать их на определенный срок в туберкулезную больницу и т. д.

В настоящее время все шире применяется новый, уже завоевавший заслуженное признание метод внутрикожного введения вакцины БЦЖ.

Этот метод экономичнее и удобнее, так как внутрикожное введение вакцины производится однократно и ребенок получает строго определенную дозу вакцины, в то время как при пероральном методе дети иногда срыгивают вакцину. Иммунитет при внутрикожном введении вакцины развивается быстрее и держится дольше.

Вакцинация новорожденных внутрикожным методом проводится специальной сухой противотуберкулезной вакциной, которую вводят после тщательного разведения (согласно подробной инструкции) специально изготовленным для разведения вакцины физиологическим раствором поваренной соли на 5-й или 7-й день жизни (прививочная доза для одного ребенка 0,005 мг сухой вакцины).

Вакцинация производится сестрами, которые прошли специальную подготовку и имеют удостоверение на право производить противотуберкулезные прививки.

Вакцинируют всех новорожденных, не имеющих противопоказаний. Противопоказаниями являются:

- 1) клинические симптомы родовой травмы;
- 2) повышение температуры тела выше 37,5°;
- 3) диспепсические расстройства;
- 4) заболевания новорожденных, сопровождающиеся нарушением общего состояния ребенка;
- 5) новорожденные с проявлением резус-конфликта.

В обменной карте детей, не вакцинированных в родильном доме, ставится отметка «отвод» и указывается причина, из-за которой новорожденный не мог быть вакцинирован.

Недоношенность не служит противопоказанием к вакцинации, если ребенок находится в общем хорошем состоянии и имеет вес не ниже 2000 г.

Для вакцинации должен быть особый набор шприцев и игл, пинцетов, мензурок и другого инструментария, храня-



Рис. 31. Внутрикожное введение вакцины БЦЖ.

щийся постоянно под замком и стерилизующийся перед началом вакцинации ответственной за нее сестрой.

Внутрикожное введение вакцины производится следующим образом.

Сестра, ответственная за вакцинацию, моет руки, как перед хирургической операцией, обтирает их стерильной пеленкой и обрабатывает спиртом, затем набирает в стерильный шприц разведенную вакцину, надевает на шприц стерилизованную иглу, срезом к шкале деления, притирает иглу к шприцу и выпускает из шприца воздух, спуская поршень до определенного деления (выпускаемую при этом вакцину она должна выпустить не в воздух, как принято обычно при инъекциях, а в стерильный ватный тампон, который тотчас же сбрасывается в тазик с раствором хлорной извести).

Дежурная сестра кладет на пеленальный столик ребенка, обнажая его левое плечо. Сестра, производящая вакцинацию, протирает стерильным ватным шариком со спиртом кожу левого плеча ребенка и вкладывает иглу почти параллельно поверхности кожи в поверхностный слой кожи верхней трети левого плеча, и, как только срез иглы скроется, вводит внутрикожно 0,1 мл раствора вакцины БЦЖ (рис. 31).

При правильной технике введения на коже образуется беловатая папула размером 0,4—0,5 см. Вводить вакцину надо медленно. После ее введения обработки кожи йодом или спиртом не требуется. Одним шприцем с вакциной можно вакцинировать нескольких детей, но каждый новорожденный вакцинируется отдельной иглой (запас стерильных игл для внутрикожной вакцинации должен быть достаточным). Папула, образующаяся после введения вакцины, рассасывается через 15—20 минут. При попадании вакцины под кожу могут возникнуть холодные абсцессы.

При выписке из родильного дома врач или детская сестра должны предупредить мать о том, что у ребенка через 4—6 недель на месте введения вакцины можно отметить местную прививочную реакцию — небольшой инфильтрат (размером 5—8 мм). Обратное развитие инфильтрата происходит через 2—3 месяца с образованием рубчика.

Детские сестры и акушерки должны хорошо помнить, что в тех родильных домах, где принят внутрикожный метод противотуберкулезной вакцинации, новорожденным запрещается делать какие-либо инъекции в область левого плеча.

Ребенок считается иммунизированным, если туберкулиновые пробы становятся положительными, что обычно наблюдается приблизительно через 7—8 недель после вакцинации.

Выписка новорожденных

За день до выписки сестра должна выяснить у дежурной акушерки, каких матерей предполагают выписывать на следующий день, собирает их всех в отведенной для таких занятий комнате, делает в их присутствии показательную ванну и учит, как правильно пеленать ребенка. Ребенка брать для купания не разрешается; в родильных домах в качестве наглядного пособия для этого должны быть большие куклы размером с доношенного ребенка среднего веса. После «купания» сестра показывает (опять-таки на кукле), как правильно пеленать новорожденного. Особенно полезен этот показ и необходимы советы сестры первородящим, неопытным матерям, хотя, как показывает опыт, и более опытные матери с удовольствием присутствуют на этих занятиях, узнавая кое-что новое для себя.

Обычно при этом у матерей возникает очень много вопросов, и сестра должна уметь на них ответить. Желательно, чтобы во время этих «практических занятий» присутствовал и врач, который может вовремя прийти на помощь детской сестре и ответить на более сложные вопросы. Такое практическое знакомство с правилами по уходу за грудным ребенком должны пройти все без исключения матери, и детская сестра должна проследить за этим.

Перед выпиской недоношенных или ранее тяжело болевших детей сестра должна заранее предупредить родственников, какие именно теплые вещи следует приготовить такому ребенку, предупредив их об опасности охлаждения, посоветовать вложить заранее в вещи ребенка грелку с теплой водой, чтобы они хорошо прогрелись, подумать, каким транспортом ребенка лучше доставить домой (лучше всего в автомашине).

За время пребывания недоношенного ребенка в родильном доме сестра также заранее должна предупредить родственников матери, чтобы они успели подготовить все необходимое ребенку к моменту его выписки.

Перед выпиской ребенка сестра проверяет, есть ли запись врача в истории развития новорожденного, разрешающая выписать его домой.

В день выписки новорожденного из родильного дома матери показывают его без всякой одежды (первый раз она видит ребенка обнаженным сразу после рождения его в родильном зале, второй раз — при выписке домой). Сестра в детской подмывает ребенка, кладет в чистое белье и выносит в отдельную комнату, специально выделенную для провизоров детей домой.

В этой «комнате для выписывающихся» находится пеленальный стол с клеенчатым матрацем на нем и столик, на котором лежит история развития новорожденного, где мать ставит свою роспись, что она получила ребенка. У пеленального стола должен находиться небольшой бачок, куда сбрасывается белье после переодевания ребенка в домашнюю одежду. У входа имеются два халата. Один халат надевает детская сестра для того, чтобы не касаться своим халатом вещей ребенка, принесенных из дому. Второй халат предназначен для врача.

Врач не всегда присутствует при выписке ребенка. Но если нужно дать матери советы, каким должен быть уход за данным ребенком, или показать ей какую-либо особенность ребенка, врач обязан присутствовать при выписке.

При показе матери ребенка не следует умалчивать о недостатках, связанных с небрежностью ухода (опрелости и др.). Наоборот, матери следует показать все складки гела ребенка, рассказать, как надо ухаживать за ним дома, как пеленать и др. При показе снимают с ребенка все повязки.

Очень ответственным моментом является проверка данных браслетки, «паспорта», истории развития новорожденного, фамилии, пола, номера кроватей ребенка и матери. Это необходимо для того, чтобы при выписке не подменить детей и не выдать матери чужого ребенка. При малейших сомнениях сестра должна очень тщательно проверить все, вплоть до каких-либо особенностей данного ребенка. Только убедившись в том, что ребенок принадлежит выписываемой родильнице, сестра переодевает его в домашнее белье и передает матери.

При выписке недоношенного или ослабленного ребенка старшая сестра детского отделения родильного дома по телефону оповещает детскую районную консультацию для того, чтобы патронажная сестра своевременно посетила ребенка.

На каждого выписанного из родильного дома новорожденного в день выписки старшей детской сестрой заполняется медицинский паспорт ребенка или принятая во многих родильных домах обменная карта.

Эту обменную карту в тот же день патронажная сестра детской поликлиники, приходящая ежедневно в родильный дом за обменными картами, передает участковому педиатру.

Таким образом, детский врач поликлиники своевременно и подробно оповещается картой о выписке новорожденного.

По существующему положению, установленному Министерством здравоохранения СССР, новорожденный ребенок должен быть осмотрен участковым педиатром на дому в первые 3 дня после его выписки из родильного дома. Этот же срок установлен и для патронажа участковой сестрой.

Между родильным домом и детской поликлиникой должна быть самая тесная связь.

Иногда для решения вопроса о выписке ребенка, имеющего те или иные особенности, для выяснения домашних условий, особенно у матерей-одиночек, и т. д. в родильный дом приглашается участковый педиатр, который совместно с педиатром родильного дома осматривает ребенка, подлежащего выписке.

Если в первые дни после выписки новорожденный заболевает, детская сестра консультации сообщает об этом педиатру или заведующему детским отделением родильного дома. Такой случай подробно анализируют, выясняя, есть ли связь заболевания ребенка с родильным домом, а если она имеется, то в какой степени, и принимают необходимые меры по улучшению работы, если заболевание ребенка является следствием плохой работы родильного дома.

Для учета обменных карт (а одновременно и выписки новорожденных) старшая сестра ведет журнал, в который записывает фамилию выписывающегося ребенка и его домашний адрес. Патронажная сестра, забирая обменную карту, ставит в этом журнале роспись в получении. Этот учет устраняет возникающие иногда недоразумения между детской консультацией и родильным домом о несвоевременной сигнализации и, как итог, позднем патронаже. В боль-

ших городах о выписке новорожденных из родильного дома сообщают в поликлинику телефонограммой.

При переводе новорожденного в другое учреждение (например, в хирургическое отделение для срочного оперативного вмешательства, в дом младенца и т. д.) следует записать в журнал учета новорожденных, куда, по каким документам, по чьему распоряжению отправлен ребенок, число, месяц, год перевода, с кем отправлен: с матерью, родственниками, сотрудником родильного дома, дежурным фельдшером скорой помощи, посторонними и т. д. В случае, если ребенка переводят одного, без матери, в журнале следует записать фамилию, имя, отчество и место работы того, кто взял ребенка, обязательно проверив все эти данные по паспорту и записав в журнал номер паспорта, прописку и место работы.

В случае смерти болевшего ребенка ее констатирует только врач; он же делает необходимую запись в истории развития ребенка. После установления факта смерти труп ребенка не выносят из детской в течение 2 часов, после чего врач вновь подтверждает, что ребенок умер. Ребенка обмывают, переодевают в чистое белье и выносят. Сообщать матери и отцу о смерти ребенка должен только врач. Персонал детской палаты не должен говорить другим матерям о смерти ребенка, так как это сообщение может вредно отразиться на их настроении и состоянии.

Санитарно-просветительная работа „Школа матери“

Далеко не каждая женщина, готовясь стать матерью, знает, как ей следует вести себя во время беременности, как питаться, какой режим соблюдать, чтобы ребенок родился здоровым и крепким. Каждая мать должна быть хорошо осведомлена об особенностях новорожденного.

Опытные детские сестры и врачи хорошо знают, как много ненужных тревог и волнений причиняют матери такие нормальные особенности новорожденного, как физиологическая убыль веса, желтуха новорожденных, склонность к срыгиваниям, натуживание во время кормлений, при дефекации и т. д. Если мать будет заранее предупреждена об этих особенностях новорожденного, она сможет спокойнее реагировать на несколько необычное поведение ребенка, зная, что это не угрожает его жизни и здоровью.

Нет необходимости объяснять, насколько нужны матери, особенно первородящей, элементарные знания по уходу за новорожденными, о том, как правильно кормить грудью, почему так важно естественное вскармливание, почему необходимо регулярно посещать детскую поликлинику, как предупредить простудные и инфекционные заболевания, как организовать прогулку, что вредно и что полезно ребенку, как должна питаться кормящая мать и т. д.

Беременная, посещая женскую консультацию, получает советы от врача и акушерки, слушает лекции врача на занятиях по психо-профилактическому обезболиванию родов и т. д.

В родильный дом она поступает уже несколько подготовленной. В родильном доме женщина находится не менее 7 дней. Наблюдая за своим ребенком во время кормления, она часто задает врачу и сестрам много вопросов. Мать

жадно ловит каждое слово врача или сестры, сказанное об ее ребенке. Поэтому период пребывания матери в родильном доме является наиболее подходящим для проведения санитарно-просветительной работы.

Лекции читают в палатах врач, акушеры, педиатры, беседы проводят акушерки и детские сестры. Беседы можно начинать с 3-го дня после родов, когда женщина окрепнет.

Акушерки и врачи рассказывают матери о том, как она должна вести себя после выписки из родильного дома, чтобы восстановить здоровье после родов, как питаться и т. д.

Детские сестры должны отвечать на вопросы матерей или же проводить краткие беседы, текст которых подготавливается или проверяется заведующим детским отделением.

В родильных домах регулярно должен выходить санитарный бюллетень, в котором помещаются статьи на наиболее актуальные темы.

Детская сестра и палатная акушерка должны во время бесед широко пользоваться показом: так, например, детская сестра, показывая на кукле правильное пеленание, должна дать возможность каждой матери провести пеленание самостоятельно.

Сестра и акушерка должны чутко относиться к жалобам родильниц, подмечать их настроение и знать его причины. Часто женщины жалуются на семейные неполадки, жилищные затруднения и др. Сестра должна сообщить об этом врачу. Матери, нуждающейся в помощи, особенно эффективную помощь может оказать консультация юриста. Если в родильном доме или женской консультации юриста нет, его приглашают из детской консультации.

Из бесед юриста мать узнает, какими преимуществами она пользуется в нашей стране, о том, что советские законы охраняют права матери и ребенка, предоставляют льготы женщинам-матерям, оказывают материальную поддержку многодетным и одиноким матерям.

Хотя каждая семья заранее готовится к появлению новорожденного, покупая белье и предметы ухода, но иногда все же бывает (особенно в случае преждевременных родов), что приготовлено далеко не все необходимое. В беседах о «школе матери» обязательно следует рассказать, что необходимо ребенку, в каком количестве и т. д. Очень удобными наглядными пособиями являются выставки в кабинетах психопрофилактической подготовки к родам или в вестибюле, или комнате для родственников в родильном доме.

Выставка учит, что надо принести в родильный дом для ребенка в день выписки, как перевозить его домой, как устроить детский уголок в квартире, какая постель нужна грудному ребенку, почему ребенку так необходима чистота, как убрать комнату и т. д.

Очень важно, чтобы в своей санитарно-просветительной работе врачи и сестры родильного дома давали матерям советы и установки, полностью совпадающие с теми, которые получит потом мать от участкового педиатра и сестры детской консультации. Особенно необходимо проводить санитарно-просветительную работу среди матерей, дети которых тяжело болели в родильном доме, родились ослабленными или недоношенными, так как от правильного ухода часто зависит не только их нормальное развитие, но даже жизнь.

Приложение

Адреналин

- Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% (1 : 1000) 10,0
DS. Для наружного применения для остановки носового или пупочного кровотечения в тампонах
- Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% (1 : 1000) 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,1—0,2 мл 2 раза в день подкожно или 0,3—0,5 мл 1 раз внутрисердечно (при белой асфиксии)
- Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% (1 : 1000) 2,0
Sol. Acidi borici 3% 18,0
MDS. По 1—2 капли в обе половины носа 2—3 раза в день. Уменьшает набухлость слизистой. Применяется при насморке
- Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% (1 : 1000) gtt. X
Sol. Zinci sulfurici 0,33% 10,0
MDS. По 1—2 капли в обе половины носа 2—3 раза в день (при рините)

АКТГ

- Rp. Hormoni adrenocorticotropini (АКТГ) 20 ЕД
D. t. d. N. 6
S. Растворить перед употреблением в 5 мл свежеприготовленной стерильной дважды дистиллированной воды.
Вводить по 1 мл в мышцы 4 раза в сутки

Альбуцид

- Rp. Sol. Albucidi 20% 10,0
DS. Глазные капли. По 1—2 капли 3 раза в день

Амидопирин (пирамидон)

- Rp. Amidopyrini 0,01—0,02
Glucosae 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2—3 раза в день.
Применяется как жаропонижающее, болеутоляющее и противовоспалительное средство

Аминазин

Rp. Sol. Aminazini 2,5% 2,0

D. t. d. N. 6 in amp.

DS. Для внутримышечных инъекций. Предварительно развести в 20 мл стерильного 10% раствора глюкозы. Вводить по 0,25—0,3 мл 0,25% раствора 2—4 раза в сутки

Апилак

Rp. Apilac 0,0025

Buthyri casao q. s. ut fiat suppositorii N. 10

DS. По 1 свече 1—2 раза в сутки per rectum

Аскорбиновая кислота

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% (10%) 1,0

D. t. d. N. 6 in amp.

DS. Для внутримышечных инъекций по 0,5—1 мл 1—2 раза в сутки

Rp. Acidi ascorbinici 0,05

Glucosi 0,25

M. f. pulv. D. t. d. N. 12

S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Атропин

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1%

(1 : 1000) 5,0

DS. По 1 капле 2 раза в день per os

(Осторожно!)

Назначается как спазмолитическое средство при пилороспазме, при пилоростенозе

Белая глина

Rp. Boli albae

Talci veneti aa 15,0

Zinci oxydati 10,0

M. f. pulv. subtilissimus

DS. Присыпка

Борная кислота

Rp. Sol. Acidi borici 3% 200,0

DS. Для промывания глаз

Rp. Acidi borici 0,5

Lanolini 2,0

DS. Для смазывания носа 2—3 раза в день (при насморке)

Rp. Acidi borici 3,0

Glycerini puri 10,0

Spiriti vini 70° 100,0

MDS. Для обтираний кожи 1—2 раза в сутки при появлении сыпи на коже, вызванной грибами

Бура

Rp. Boracis (Natrii biborici) 25,0
Glycerini puri 35,0
Aq. destill. aa 35,0
DS. Для туалета полости рта (при молочнице) 4—5 раз в сутки

Буровская жидкость

Rp. Liq. Burowi 50,0
DS. 1 столовая ложка на стакан воды. Для примочки (при опрелостях II—III степени)

Витамин В₁

Rp. Vitamini В₁ (Thiamini bromati s. Thiamini chlorati) 0,002
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Vitamini В₁ 1,2% 1,0
(seu Sol. Thiamini bromati)
D. t. d. N. 6 in amp.
DS. По 0,2 мл 2 раза в сутки внутримышечно или подкожно

Витамин В₁₂ (цианкобаламин)

Rp. Vitamini В₁₂ 0,00005 (30 мкг) 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. Одну ампулу раствора витамина В₁₂, содержащую 30 микрограмм, разводят 2,0—3,0 стерильного 0,85% раствора хлористого натрия. Вводят внутримышечно 1 раз в сутки по 10—15 микрограмм (в 1 мл)

Витамин К (викасол)

Rp. Vicasoli 0,002 (витамин К₃)
Sacchari albi 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в сутки

Rp. Sol. Vicasoli 0,3% 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1,5—2 мл внутримышечно 1 раз (при внутривенной травме; кровотечениях — кишечных или почечных)

Rp. Sol. Vicasoli 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. 0,5 мл внутримышечно 1—2 раза в сутки

Висмут

Rp. Ung. Bismuthi subnitrici 5% 30,0
DS. Наружное (при опрелостях)

Rp. Bismuthi subnitrici
Zinci oxydati aa 2,5
Acidi borici 0,5
Talci veneti
Amyli tritici aa 25,0
M. f. pulv. subtilissimus
DS. Присыпка

Грамицидин

Rp. Gramicidini 1,0
D. t. d. N. 1 in amp. origin.
S. 0,5 мл развести 25 мл дистиллированной воды
DS. Наружное

Глюкоза

Rp. Sol. Glucosae 5% 200,0
DS. По 10,0—15,0 5—6 раз в сутки для питья

Rp. Sol. Glucosae 20% 50,0
Sterilisetur!
DS. Для внутривенного введения

Rp. Sol. Glucosae 5% 50,0
Sterilisetur!
DS. По 50—70 мл для подкожных инъекций

Rp. Sol. Glucosae 10% 100,0
Sterilisetur!
DS. По 10 мл для внутримышечных инъекций

Глютаминовая кислота

Rp. Ac. glutaminici 0,05
Sacchari albi 0,25
S. По 1 порошку 3 раза в сутки (новорожденному с внутричерепной травмой)

Rp. Sol. Acidi glutamynici 1% 100,0
Sol. fructo-glucosae 25%
DS. По 1 чайной ложке 3 раза в день

Дерматол

Rp. Dermatoli 10,0
Talci veneti
Boli albae aa 25,0
M. f. pulv. subtilissimus
DS. Присыпка

Rp. Dermatoli 50,0
DS. Присыпка (для пупочной ранки)

Дибазол

Rp. Dibazoli 0,001
Sacchari albi 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 1 раз в день

Желатина

Rp. Gelatinae 3,0
Sol. Natrii chlorati 0,9% 100,0
Sterilisi
MDS. Для введения под кожу

Железо

Rp. Ferri reducti 0,02—0,03
Sacchari albi 0,15
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Ferri carbonici saccharati 0,05
Sacchari albi 0,15
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Ferri lactici 0,02
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Liq. Ferri sesquichlorati 10% 10,0
DS. Наружное: для прижигания пупочной ранки при паренхиматозном пупочном кровотечении (однократно)

Зелень бриллиантовая

Rp. Viridis nitentis 2,0
Spiriti vini 70° 100,0
MDS. Для смазывания (наружное)

Иод

Rp. T-rae Iodi 50% 30,0
DS. Наружное (обработка пуповины)

Калий бромистый

Rp. Kali bromati 0,5
Aq. destill. 50,0
MDS. По 1 чайной ложке 3 раза в день

Калий йодистый

Rp. Kalii iodati 0,25
Aq. destill. 50,0
MDS. По $\frac{1}{2}$ чайной ложки 3 раза в день детям, перенесшим внутричерепную травму

Кальций хлористый

Rp. Sol. Calcii chlorati 5% 50,0
DS. По 1 чайной ложке 3—4 раза в день

Rp. Calcii chlorati 20,0
D. pulv. subtilissimus
S. Для присыпания пупочной ранки (при пупочном кровотечении)

Rp. Sol. Calcii gluconici 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp. origin
S. По 2 мл внутримышечно или внутривенно

Rp. Calcii gluconici 5,0
Aq. destill. 100,0
MDS. По 1 чайной ложке 3 раза в день

Камфара

Rp. Olei camphorati 10% 30,0
DS. Для компрессов (при начинающихся инфильтратах)

Кордиамин

Rp. Cordiamini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,2 мл под кожу 1—2 раза в день

Rp. Cordiamini 10,0
DS. По 1 капле на прием 2—3 раза в день (в $\frac{1}{2}$ ложки кипяченой воды)

Кофеин

Rp. Sol. coffeini natrio-benzoici 1% 50,0
DS. По 1 чайной ложке 3 раза в день

Rp. Sol. coffeini natrio-benzoici 10% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,2 мл под кожу 1—2 раза в день

Ксероформ

Rp. Xeroformii 30,0
DS. Наружное. Присыпать раневую поверхность

Rp. Xeroformii 1,0
Vasellini puri 20,0
M. f. unguentum
DS. Наружное

Левомецетин

Rp. Laevomycetini 0,03
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку через каждые 6 часов

Лобелин

Rp. Sol. Lobelini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,2 мл под кожу 1—2 раза в сутки

Люминал (фенобарбитал)

- Rp. Luminali 0,005
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2—3 раза в сутки

Магнезия сернокислая

- Rp. Sol. Magnesii sulfurici 25% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp. origin
S. По 3 мл внутримышечно 1 раз в сутки (вместе
с 1 мл 1% раствора новокаина)
- Rp. Sol. Magnesii sulfurici 8% 60,0
DS. По 8—10 мл на клизму 2—3 раза в сутки

Марганцовокислый калий

- Rp. Sol. Kalii permanganici 1 : 8000—200,0
DS. Для промывания глаз
- Rp. Sol. Kalii permanganici 5% 50,0
DS. Для прижигания пупочной ранки, пустул

Масла

- Rp. Ol. Helianthi 100,0
Sterilisi
DS. Наружное, для туалета кожи
- Rp. Ol. Persicorum 100,0
Sterilisi
DS. Наружное, для туалета кожи
- Rp. Ol. Secoris Aselli 100,0
DS. Наружное, для туалета кожи
- Rp. Ol. Olivarum 100,0
Sterilisi
DS. Наружное, для туалета кожи

Метиленовая синь

- Rp. Methylenblau 0,6
Spiritus vini 70° 30,0
MDS. Наружное
- Rp. Sol. Methylenblau 4% 30,0
(водный)
DS. Наружное. Для смазываний при грибковых поражениях

Метилвиолет

- Rp. Methylviolet 0,3
Spiriti vini 70° 30,0
MDS. Наружное. Для смазывания участков кожи
с гнойничковой сыпью

Метиландростендиол

Rp. Methylandrostendioli 0,005
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2 раза в сутки (при гипотрофии)

Метионин

Rp. Methionini 0,1 0,15
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день (при гемолитической желтухе)

Мицерин

Rp. Sol. Mlycerini 1% 30,0 (на дистиллированной воде)
MDS. Наружное (примочки при ранах, язвах)

Натрий бромистый

Rp. Sol. natrii bromati 1% 100,0
DS. По 1 чайной ложке 3 раза в день (при беспокойстве, возбуждении у новорожденных с внутричерепной травмой)

Натрий йодистый

Rp. Sol. natrii iodati 0,25% 50,0
DS. По 1/2 чайной ложки 3 раза в день (новорожденным с остаточными явлениями после родовой травмы центральной нервной системы)

Rp. Ung. natrii iodati 1% 20,0
DS. Наружное (мазь при склеродермии)

Натрий хлористый

Rp. Sol. natrii chlorati 0,85% 50,0
Sterilis!
DS. Для подкожных инъекций при обезвоживании; для разведения антибиотиков; для питья

Норсульфазол

Rp. Norsulfazoli 0,15
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

Нистатин

Rp. Nistatini 75 000 ЕД
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Панкреатин

Rp. Pancreatini

Calcii carbonici aa 0,05

M. f. pulv. D. t. d. N. 12

S. По 1 порошку 3 раза в день после кормления (при гипотрофии, диспепсии)

Пенициллин

Rp. Penicillini 300 000 ЕД

DS. Для внутримышечного введения по 30 000—20 000 ЕД через 6—8 часов

Rp. Penicillini 200 000 ЕД

Vasellini puri 50,0

MDS. Наружное

Rp. Penicillini 100 000

Sol. natrii chlorati 0,85%; Sterilis 10,0

DS. Глазные капли (при конъюнктивите, дакриоцистите) по 2 капли в оба глаза каждые 2 часа

Пепсин

Rp. Pepsini 0,5

Ac. muriatici diluti 0,25

Aq. foeniculi 50,0

MDS. По 1 чайной ложке 3 раза в день за 10—15 минут перед кормлением (при диспепсии)

Перекись водорода

Rp. Sol. Hydrogenii peroxodati 3% 100,0

DS. Наружное (для промывания пупочной ранки; обработки ран при перевязках)

Учитывая способность быстро терять свои свойства на свету, хранить в темном месте, во флаконе темного стекла, плотно закупоренном

Преднизолон

Rp. Prednizoloni 0,001

Sacchari albi 0,2

M. f. pulv. D. t. d. N. 12

MDS. По 1 порошку 2—3 раза в сутки

Протаргол

Rp. Sol. Protargoli 1% 9,0

Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% (1:1000) 1,0

MDS. По 2 капли в каждую ноздрю 2—3 раза в день

Rp. Sol. Protargoli 5% (10%)
DS. Наружное (для пупка)

Риванол (этакридин)

Rp. Rivanoli 0,25
Spiriti vini 60% 100,0
MDS. Наружное

Rp. Sol. Rivanoli 1 : 1000 100,0
DS. Примочка

Рингеровский раствор

Rp. Sol. Ringeri 300,0
Состав: Natrii chlorati 9,0
Calcii chlorati 0,24
Kalii chlorati 0,42
Natrii bicarbonici 0,3
Aq. destill. 1000,0
DS. Для питья

Ртутные препараты

Rp. Ung. Hydrargyri oxydati flavi
0,5 (1—2%) 10,0
DS. Наружное

Rp. Ung. Hydrargyri praecipitati albi 2% 30,0
DS. Наружное

Синтомицин

Rp. Sinthomycini 0,05
Sacchari albi 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 4 раза в день (при диспепсии)

Rp. Sinthomycini 2,0
Spiriti vini 70° 100,0
MDS. Наружное (для обработки кожи при потнице, пиодермии)

Серебро азотнокислое

Rp. Sol. Argenti nitrici 2%
DS. Капли для глаз (для профилактики офтальмобленнорей) по 2 капли в оба глаза

Rp. Sol. Argenti nitrici 5% (10%) 20,0
DS. Наружное (для обработки пупка и кожи)
Только в руки врача во избежание ошибочного использования в качестве глазных капель!

- Rp. Lapis infernalis mitigatus 1 палочка
DS. Для прижигания грануляций пупка 2—3 раза
в сутки
- Rp. Sol. Argenti nitrici 0,25% 50,0
DS. Для примочек (при опрелостях)

Стрептомицин

- Rp. Streptomycini 1 000 000 ЕД
Sol. natrii chlorati 0,85% Sterilis 10,0
MDS. По 0,5 мл 2—3 раза в сутки внутримышечно

Стрептоцид

- Rp. Streptocidi albi 0,1
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3—4 раза в сутки
- Rp. Streptocidi albi 1,0
Spiritus vini 70° 100,0
MDS. Наружное (для обработки кожи при пиодермии,
для промывания пупочной ранки)
- Rp. Streptocidi albi 0,2
Vasellini
Ol. Jecoris Aselli aa 10,0
M. f. unguentum
DS. Наружное
- Rp. Streptocidi albi
Talci veneti aa 25,0
M. f. pulv. subtilissimus
DS. Присыпка

Сульфадимезин

- Rp. Sulfadimezini 0,15
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3—4 раза в сутки

Сульфатиазол

- Rp. Sulfathiazoli 0,1
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 4—6 раз в сутки

Тальк

- Rp. Talci veneti
Zinci oxydati aa 25,0
M. f. pulv. subtilissimus
DS. Присыпка

Rp. Talci veneti
Zinci oxydati aa 20,0
Glycerini puri 10,0
Aq. Plumbi 50,0
MDS. Наружное (при опрелостях). Перед употреблением взбалтывать

Тавин

Rp. Ac. tannici 1,0
Glycerini puri 10,0
Aq. destill. 10,0
MDS. Наружное (при опрелостях)

Rp. Tannini 3,0
Vaselini puri ad 100,0
M. f. unguentum
S. Наружное. Применяется для профилактики опрелостей на коже ягодич (после туалета)

Уротропин (гексаметиленetetрамин)

Rp. Sol. Urotropini 1% 50,0
DS. По 1 чайной ложке 3 раза в день при пастозности

Хлоралгидрат

Rp. Chlorali-hydrati 0,15
Decocti Amyli
Aq. destill. aa 15,0
DS. Для клизм (при судорогах). Подогреть до 38°. Вводят медленно (после очистительной клизмы). При судорогах, сопровождающихся приступами асфиксии, — не вводить!

Цинк

Rp. Ung. Zinci oxydati 20,0
DS. Наружное (при опрелостях)

Rp. Zinci oxydati
Talci veneti
Glycerini aa 10,0
Liq. Alumini acetici
Aq. destill. aa 30,0
MDS. Болтушка (при опрелостях)

Rp. Sol. Zinci sulfurici 0,25% 10,0
DS. Капли для глаз

Rp. Pastae Zinci 20,0
DS. Наружное

Цититон

Rp. Cytitoni 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,1—0,2 мл под кожу

Эмульсии

Rp. Emuls. Synthomycini 5% (10%) 30,0
DS. Наружное

Rp. Emuls. Streptocidi albi 5% 30,0
DS. Наружное

Эритромицин

Sp. Erithromycini 0,03
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 4 раза в день

Этазол

Rp. Aethazoli 0,1
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 4 раза в сутки

ЛИТЕРАТУРА

- Альтгаузен Н. Ф. *Вопр. мат. и млад.*, 1938, 10, 53—56.
- Альтгаузен Н. Ф. *Уход за новорожденными детьми*. М., 1949.
- Альтгаузен Н. Ф., Дунаевский А. Ю. *Акуш. и гин.*, 1936, 1, 106—118.
- Гаврилов К. П. *Особенности развития и патология детей периода новорожденности*. М., 1951.
- Гурвич Е. И., Олевский М. И. *Дерматозы в детском возрасте*. М., 1958.
- Инструкция по проведению вакцинации БЦЖ новорожденных, детей раннего и дошкольного возраста, школьников, подростков и взрослых внутрикожным методом. М., 1962.
- Кравец Э. М. *Вопр. мат. и млад.*, 1938, 2, 8—11.
- Легенченко И. С. *Акуш. и гин.*, 1947, 4, 38—43.
- Николаев А. П. *Профилактика и терапия внутриутробной асфиксии плода*. М., 1952.
- Реусс А. *Болезни новорожденных*. Пер. с нем. Пг., 1916.
- Саломонсен Л. *Болезни новорожденных*. В кн.: Г. Фанкони и А. Вальгрен. *Руководство по детским болезням*. Пер. с нем. М., 1960, стр. 195—224.
- Тур А. Ф. *Сов. мед.*, 1939, 1, 46—50.
- Тур А. Ф. *Сов. мед.*, 1948, 6, 35—37.
- Тур А. Ф. *Физиология и патология детей периода новорожденности*. Л., 1955.
- Тур А. Ф. *Гематология детского возраста*. Л., 1957.
- Шаган Б. Ф. В кн.: *Некоторые вопросы физиологии и патологии новорожденных детей*. Под ред. Б. Ф. Шагана. *Труды АМН СССР*. М., т. XXIX, 29, 96—108.
- Шаган Б. Ф. *Основы учения о новорожденном ребенке*. М., 1959.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
<i>Глава I.</i> Период новорожденности и его особенности	
Анатомо-физиологические особенности новорожденного	5
Так называемые физиологические состояния периода новорожденности	15
<i>Глава II.</i> Организация ухода за новорожденным	22
<i>Глава III.</i> Обслуживание новорожденного в родовом блоке и в детской палате	44
<i>Глава IV.</i> Вскармливание новорожденного	68
<i>Глава V.</i> Недоношенные дети и уход за ними	89
<i>Глава VI.</i> Врожденные пороки развития	103
<i>Глава VII.</i> Особенности ухода при некоторых патологических состояниях и заболеваниях новорожденных	116
<i>Глава VIII.</i> Уход за новорожденным во втором отделении	144
<i>Глава IX.</i> Профилактика туберкулеза	147
<i>Глава X.</i> Выписка новорожденных	151
<i>Глава XI.</i> Санитарно-просветительная работа, «Школа матери»	155
Приложение	158
Литература	171

Нана Марковна Миргородская

РАБОТА СЕСТРЫ В ПАЛАТЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Редактор *Г. С. Калачева*

Техн. редактор *Н. С. Кузьмина*. Корректор *Е. С. Беллева*.

Сдано в набор 17/X 1967 г. Подписано к печати 5/III 1968 г. Формат бумаги 84×108^{1/2}—5,375 печ. л. + 0,13 печ л. вкл. (условных 9,23 л.) 9,50 уч.-изд. л. Бум, тип. № 2. Тираж 10 000 экз. Заказ 650. Цена 26 коп. МН-86.

Издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8.
Типография издательства «Звезда», Минск, Ленинский пр., 79.