

# Особенности ухода детьми



**Кафедра общей  
медицинской  
практики  
К.м.н. Завьялова А.  
Н.**

# **Основные принципы ухода за новорожденным**

- **Поддержание нормальной температуры тела новорожденного**
- **Возможность оказания своевременной качественной первичной реанимационной помощи**
- **Обеспечение возможного раннего начала грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребенка**
- **Профилактика инфекционной заболеваемости**
- **Доброжелательная обстановка во время родов**
- **Содействие раннему формированию привязанности между матерью и ребенком**
- **Активное вовлечение семьи матери в уход за**

# **Условия асептики и антисептики отделения ухода за новорожденными и грудными**

## **детьми**

- К работе с детьми не допускаются лица с инфекционными заболеваниями и гнойными процессами, недомоганием или повышенной температурой тела.
- Медицинским работникам отделения грудных детей не разрешается носить шерстяные вещи, бижутерию, кольца, пользоваться духами, яркой косметикой и пр.



# Условия асептики и антисептики отделения ухода за новорожденными и грудными детьми

- Медицинская одежда должна быть одноразовая или *белый*, тщательно выглаженный халат (при выходе из отделения заменяют их другими), шапочка, четырехслойная маркированная маска и сменная обувь.
- Обязательно строгое соблюдение личной гигиены



# Родильный зал

- После рождения необходимо немедленно обтереть ребенка, поменять влажную пеленку на сухую
- **Оценить состояние новорожденного:**
  - Спонтанное дыхание через 30 сек после рождения, громкий крик
  - ЧСС более 100- 120 уд/мин
  - Розовый цвет кожи
  - Выявление врожденных дефектов и травм
  - Определение степени зрелости ребенка и наличие задержки внутриутробного развития

# Родильный зал

- **Масса тела фиксируется при первом измерении в течение первых часов после родов**
- **Срок гестации вычисляют от первого дня последней нормальной менструации. Выражая в днях или неделях (37 – 42 полных недели или 259 – 293 дня)**



# Пережатие и отсечение

## ПУПОВИНЫ

- Рекомендуется пережимать пуповину через 1 минуту , но не позднее 10 минут после рождения ребенка:
- Один зажим Кохера наложить на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца
- Второй зажим Кохера наложить на пуповину как можно ближе к наружным половым органам роженицы
- Участок пуповины между зажимами Кохера обработать шариком с этиловым спиртом, пересечь стерильными ножницами
- Срез детской культи пуповины обработать 1% раствором йоданата

# Вторичная обработка

**пуповинного остатка:** пережатие пуповины с помощью пластикового

**зажима**

- Вымыть руки, надеть перчатки
- Обработать место наложения зажима на пуповинный остаток 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина
- Стерильной марлевой салфеткой отжать кровь от пупочного кольца к периферии
- Наложить пластиковый зажим на пуповинный остаток на расстоянии 1 см от пупочного кольца
- После наложения зажима ткань пуповины выше зажима отсекают, кровь вытирают



# **Уход за кожей новорожденного в родильном зале**

- **Снятие первородной смазки в родильном зале не рекомендуется. Необходимо легкими движениями массировать кожу новорожденного, втирая остатки первородной смазки**
- **Если кожа загрязнена кровью или меконием, следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным теплой водой**
- **Обмывание ребенка под краном в родильном зале не рекомендуется**

# Уход за глазами новорожденного

## в родильном зале

- Для профилактики инфекционных заболеваний глаз рекомендуется использование одного из перечисленных ниже медикаментов:
- 20% раствор сульфацила натрия (по 1 капле трижды с интервалом 10 минут в конъюнктивальный мешок);



# Уход за глазами

## новорожденного в родильном

- 1% мазь тетрациклина гидрохлорида (однократное закладывание за нижнее веко);
- Мазь эритромицина фосфата 10 000 ЕД в 1г (однократное закладывание за нижнее веко);
- 2% раствор нитрата серебра (по 1 кап однократно в конъюнктивный мешок)



# **Первое прикладывание к груди в родильном зале**

- **После обсушивания кожи следует положить ребенка на живот матери (эпигастральная область) и прикрыть теплой пеленкой, оставить с матерью в течение 30 минут – 1 часа**
- **Контакт «кожа к коже»**
- **Помочь ребенку найти грудь, правильно приложив его, если мать находится под влиянием седативных средств или очень устала**
- **Избегать применения лекарственных средств, проникающих через плаценту и вызывающих сонливость у ребенка**

# Уход за младенцем



# Уход за младенцем

- Уход осуществляется с учетом состояния ребёнка. Он не должен причинять неприятных ощущений.
- Ежедневный уход за новорожденным включает в себя следующие моменты: измерение массы и температуры тела, туалет пуповинного остатка и пупочной ранки, туалет кожи и слизистых оболочек.
- Измерение массы тела новорожденных производят ежедневно в одно и то же время, как правило, утром перед первым кормлением.

# Уход за кожей

## новорожденных детей

- Моеют новорожденных детей с детским мылом под теплой (температура 36,5—37 °С) проточной водой, насухо вытирают кожу пеленкой, легкими промокательными движениями! Тампоном, смоченным растительным маслом, обрабатывают складки, удаляя избытки сыровидной смазки.
- Для профилактики опрелостей кожу ягодиц, подмышечных областей, складки бедер смазывают 5 % таниновой мазью.



- Пуповинный остаток обрабатывают 70 % этиловым спиртом и прижигают 5 % раствором калия перманганата.
- После отпадения пуповины (4—5-е сутки) пупочную ранку обрабатывают 3 % раствором перекиси водорода, (от центра к периферии) и смазывают при помощи стерильной палочки с ватным тампоном на конце 5 % раствором перманганата калия или 1—2 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого.
- В некоторых родильных домах при туалете пупочной ранки не пользуются этими средствами, так как они закрашивают область пупочного кольца и можно своевременно не заметить патологических изменений.
- В таком случае можно после предварительной очистки пупочной ранки раствором перекиси водорода осторожно раздвинуть ее края двумя пальцами и стерильной пипеткой закапать несколько капель 96 % этанола.



# Утренний туалет кожи и СЛИЗИСТЫХ

- Обмывание лица теплой кипяченой водой, промывании глаз смоченным кипяченой водой стерильным ватным тампоном.
- Каждый глаз промывают отдельным тампоном в направлении от наружного угла к переносице, затем сушат чистыми салфетками.
- В течение дня глаза промывают по мере надобности.



# Уход за кожей новорожденных детей

- Своевременное устранение провоцирующих факторов
- Применение адекватных дермато-репаративных средств, способствующих быстрому заживлению поврежденной кожи и восстановлению ее защитных СВОЙСТВ
- **ЦЕЛЬ:**
  - Воздействие на причину заболевания (бактерии, грибы, аллергия)
  - Защита от раздражающего воздействия внешних факторов
  - Восстановление поврежденной кожи (эпителизация)
  - Устранение сухости кожи

# Лекарственные формы наружной терапии

## Растворы / Присыпки / Пасты / Кремы / Мази

- Барьерные подсушивающие средства:
- Водные растворы анилиновых красителей
- Цинксодержащие средства (цинковая паста, салицилово-цинковая паста, Деситин, Судокрем)
- Эпителизирующие и противовоспалительные средства
- Бепантен (крем, мазь)
- Солкосерил (крем, гель)
- Зинальфат (крем)
- Защитные пленки (бранолинд, клиотекс и др.)

# Уход за кожей

- Для очистки пораженной кожи используют растительные масла. Крайне редко используется спирт, негативно влияющий как на больную, так и на здоровую кожу; следует избегать и мытья водой с мылом.
- Перекись водорода применяют только при ограниченных гнойных процессах на коже при гранулирующих язвах (например, после ожога).



- **При *местном лечении пораженной кожи:***
- **не надо препятствовать свободному оттоку патологических секретов с поверхности кожи (противопоказаны применение присыпок, наложение тугих, сухих повязок, под которыми создаются благоприятные условия для развития микроорганизмов).**
- **не оставлять пораженные поверхности совершенно открытыми (секрет засыхает, образуется корка, усиливается зуд и возможность вторичного инфицирования).**

- **Наилучшим решением вопроса является сочетание антисептических, не раздражающих, вяжущих растворов (марганцевокислый калий 1:5000) с маслами или иными подсушивающими и антисептическими средствами (водные растворы анилиновых красок; лечебные мази, пасты, болтушки, антибиотики).**
- **При нанесении лекарственных средств на поверхность кожи детей следует также помнить, что резорбтивная способность кожи у**

# Пеленочный дерматит

- На коже промежности, бедер, ягодиц появляются сначала покраснение (эритема), позже — видимые эрозии и мацерация (отслойка эпидермиса, «мокнутье» кожи). Опрелости легко инфицируются.
- *Профилактика опрелостей* заключается в строгом соблюдении правил гигиены кожи. *При возникновении опрелостей* ребенок нуждается в более частом пеленании и переодевании (при выраженных опрелостях применяют «открытое пеленание»), подмывании с последующим использованием крема «Детский», «Спермацетовый», «Ланолиновый», стерильного вазелинового (оливкового)

# Потница

- Реакция кожи детей (чаще — избыточно упитанных) на ситуации, требующие повышенного потоотделения. На коже туловища появляются множество прозрачных, величиной с просыное зерно узелков без зуда и гиперемизированного венчика по периферии. Потница у детей первого года жизни может осложняться пиодермией.
- *Профилактика* потницы заключается в использовании рациональной одежды с учетом температуры окружающей среды. *Лечение:* устранение дефектов ухода, проведение ванн с перманганатом калия (1:10000 — светло-розовое окрашивание воды).



# **Нанесение лекарственных средств на кожу**

- **выдавить на стерильный шпатель или стеклянную палочку необходимое количество мази (пасты). При использовании болтушки — взболтать флакон и вылить необходимое количество на стерильный марлевый тампон.**
- **нанести лекарственный препарат тонким слоем на кожу (не допускается нанесение на кожу и втирание в нее лекарственного средства руками); сохранять поверхность кожи открытой в течение 10–15 минут, чтобы лекарственное средство впиталось.**

- **при применении присыпки необходимо перевернуть вверх дном емкость с препаратом и встряхивающими движениями равномерно нанести порошок на предварительно просушенную стерильной салфеткой пораженную кожу.**
- **при нанесении мази (пасты, болтушки, присыпки) на волосистую часть кожи, волосы предварительно целесообразно сбрить.**

- ***Уход за кожей тяжелобольного ребенка — предусматривает соблюдение ее чистоты и целостности.***
- ***Для протирания кожи больного используют пеленку, смоченную в теплой воде и отжатую. Протирают все тело сверху вниз, обращая внимание на места естественных складок, после чего насухо вытирают больного.***



- **Подмывание детей старшего возраста** осуществляют ежедневно (а при недержании мочи и кала — несколько раз в день), подкладывая под больного судно, теплым раствором фурациллина или калия перманганата (1:5000) с помощью ватного тампона, зажатого в корнцанг (направление движений — от половых органов к анальному отверстию). По окончании процедуры сухим ватным тампоном протирают кожу в том же направлении, места естественных складок обрабатывают вазелиновым маслом.

- **Пролежни** — дистрофические язвенно-некротические процессы кожи, возникающие у ослабленных больных, длительное время находящихся в постели и не имеющих возможности принимать гигиенические ванны. Чаще всего пролежни возникают в области крестца, лопаток, большого вертела, седалищных бугров, остистых отростков позвонков, локтей (места, длительно сдавливающиеся поверхностью постели).  
*Клинические признаки пролежней:* покраснение, отечность кожи с отслаиванием эпидермиса, позже — появление пузырей и некроз кожи. Присоединение инфекции может привести к сепсису. *Профилактика пролежней:* ежедневный контроль чистоты кожи с частой сменой нательного белья;

- ***Пузыри*** обрабатывают раствором бриллиантового зеленого с последующим наложением сухой повязки. При ***ограниченном некрозе*** врач удаляет омертвевшие ткани, рана закрывается стерильной салфеткой, смоченной 1% раствором перманганата калия. В дальнейшем, 2–3 раза в день медсестра меняет повязку, сообщает врачу сведения о состоянии раны. По мере ее очищения могут использоваться мазь Вишневского, ситомицинов...

# Утренний туалет младенца



# Уход за грудным ребенком

- По окончании периода новорожденное (28 дней) ребенка умывают утром и вечером, а также по мере необходимости.
- Лицо, шею, ушные раковины (но не слуховой проход), руки ребенка обмывают теплой кипяченой водой или протирают ватой, смоченной водой, затем обтирают насухо
- В возрасте 1—2 мес эту процедуру проводят не менее двух раз в день.
- С 4—5 мес можно умывать ребенка водопроводной водой комнатной температуры



- После мочеиспускания и дефекации ребенка подмывают, соблюдая определенные правила.
- **Девочек** подмывают спереди назад, чтобы избежать загрязнения и инфицирования мочеполовых путей.
- Подмывание производят рукой, на которую направляют струю теплой воды (37—38 °С). При сильном загрязнении используют нейтральное детское мыло.
- Недопустимо подмывать детей непроточной водой, например в тазике.
- После подмывания ребенка кладут на пеленальный стол и чистой пеленкой промокают кожу.
- Затем складки кожи смазывают стерильным ватным тампоном, смоченным стерильным растительным (подсолнечным, персиковым) или вазелиновым маслом. Для этой цели можно использовать детский крем

# Купание

**Первую гигиеническую ванну проводят новорожденному после отпадения пуповины и эпителизации пупочной ранки (7—10-й день жизни).**



# Купание

- В течение первых 6 мес купают ежедневно, во втором полугодии — через день.
- Для купания необходимы ванночка, детское мыло, мягкая губка, водяной термометр, кувшин для ополаскивания ребенка теплой водой, пеленка, простыня.
- Ванночку предварительно моют горячей водой с мылом и щеткой, затем обрабатывают 0,5 % раствором хлорамина (если купание проводится в детском учреждении) и ополаскивают горячей водой

- Для детей первого полугодия температура воды в ванне должна быть 36,5—37 °С, для детей второго полугодия — 36—36,5 °С.
- Продолжительность ванны на первом году жизни не более 5—10 мин. Одной рукой осторожно поддерживают голову и спину ребенка, другой намыливают шею, туловище и ягодицы; особенно тщательно промывают складки в области шеи, в локтевых, паховых областях, за ушами, под коленками, между ягодицами .
- На заключительном этапе купания ребенка вынимают из ванны, поворачивают спинкой кверху и обливают чистой водой .
- Ребенка быстро завертывают в пеленку и обсушивают промокательными движениями, после чего, обработав кожные складки стерильным вазелиновым маслом, одевают и укладывают в кроватку.

- **Мыло при купании используют не чаще 2 раз в неделю, лучше "Детское". У некоторых детей ежедневное купание, особенно в жесткой воде, может вызвать раздражение кожи. В этих условиях рекомендуется ванна с добавлением крахмала: 100—150 г крахмала разводят теплой водой и выливают полученную взвесь в ванну.**
- **Детей первого полугодия купают в положении лежа, второго полугодия — сидя.**

- **Носовые ходы** ребенка приходится очищать довольно часто. Используют ватные жгутики, приготовленные из стерильной ваты. Жгутик смазывают стерильным вазелиновым, или растительным маслом и вращательными движениями осторожно продвигают в глубь носовых ходов на 1,0—1,5 см; правый и левый носовые ходы очищают отдельными жгутиками. Не следует слишком долго проводить эту манипуляцию.
- Категорически запрещается использовать плотные предметы, например палочки (спички) с накрученной ватой и т. п.

# **Туалет носа у детей раннего возраста**

- **Мать садится на стул, ребенок — на коленях у матери.левой рукой мать охватывает и фиксирует руки ребенка; правой — фиксирует лоб.**
- **Туалет полости носа у детей раннего возраста проводят с помощью плотных ватных жгутиков, смоченных вазелиновым маслом или физиологическим раствором. Вращательными движениями (поочередно разными жгутиками) их вводят в правый и левый носовые ходы на глубину 1–1,5 см.**
- **Детей старшего возраста просят**

# Закапывание капель в носовые ходы

- голову ребенка слегка запрокидывают, левой рукой приподнимают кончик носа; с помощью пипетки пускают назначенные капли сначала в один, потом в другой, предварительно очищенные носовые ходы. 5–10 секунд голова ребенка в запрокинутом состоянии.





# **Уход за пациентами с нарушением дыхательной функции**

- **освобождают дыхательные пути от слизи, гноя; для улучшения бронхиальной проходимости и дренажной функции бронхов (ингаляции лекарственных препаратов, постуральный дренаж, вибрационный массаж);**
- **проведение оксигенотерапии.**
- **придают возвышенное положение с приподнятой головой и верхней половиной туловища (использование функциональных кроватей, при их отсутствии для фиксации положения ребенка следует подложить под колени валик);**
- **чаще переворачивают «с бока на бок»;**

# Подсчет частоты дыхания

- визуально по частоте сокращений грудной клетки в течение 1 минуты
  - подсчет частоты вдохов, придерживая фонендоскоп у носа ребенка
  - подсчет частоты вдохов при аускультации легких
  - подсчет частоты дыхательных движений, рука на грудной клетке
- Частота дыхания:* у новорожденного ребенка — до 40–60 в минуту; в 1 год — 30–35, в 5–6 лет — 25, в возрасте 15 лет — 20, у взрослого — 16 в минуту.

# Оксигенотерапия

- Применение увлажненного кислорода с лечебной целью.
- Перед проведением оксигенотерапии необходимо убедиться в проходимости дыхательных путей больного (отсутствие скопления рвотных масс, мокроты и т.д.).
- В стационаре, имеющем централизованную подачу кислорода, оксигенотерапия может проводиться: через маску (воронку у новорожденных), кислородную палатку, носовые катетеры; при неэффективности - через аппарат искусственной вентиляции

- **Туалет наружных слуховых проходов младенцам**

**производят редко, их протирают сухими ватными жгутиками.**

# **Закапывание капель в наружный слуховой проход**

- **Ребенок укладывается на бок, больным ухом вверх (голова ребенка раннего возраста фиксируется помощником). После очистки наружного слухового прохода плотной ватной турундой, с помощью пипетки вводится необходимое количество капель лекарственного раствора, предварительно подогретого во флаконе до 37°C.**
- **Для выпрямления слухового прохода в момент закапывания капель, ушная раковина оттягивается за мочку книзу (у детей раннего возраста), или кверху и кзади (у детей старшего возраста). После процедуры ребенок сохраняет положение на боку в течение 15 минут**

- **Полость рта** здоровым детям не протирают,- так как слизистые оболочки легко травмируются.
- **Ногти** новорожденному ребенку и ребенку грудного возраста нужно обрезать. Удобнее пользоваться ножницами с закругленными концами или щипчиками для ногтей.

# Правила пеленания и одежда детей первого года жизни.

- Пеленальный стол и клеенчатый матрац после пеленания каждого ребенка тщательно протирают 0,5—1 % раствором хлорамина.
- На пеленальном столе пеленают детей без гнойных проявлений; при необходимости изоляции ребенка все манипуляции (в том числе пеленание) производят в кровати



# **Правила пеленания и одежда детей первого года жизни.**

- Доношенного новорожденного первые 2—3 нед лучше пеленать с руками, а в последующем при соответствующей температуре воздуха в палате руки кладут поверх одеяла.
- Учитывая, что тугое пеленание стесняет движения, новорожденного одевают в специальную одежду: сначала надевают две распашонки с длинными рукавами (одну легкую, вторую фланелевую), затем одевают ползунки. При необходимости в таком виде ребенка помещают в конверт из хлопчатобумажной ткани.
- Переодевание производят перед каждым кормлением, а детей с опрелостями или заболеваниями кожи—чаще.



- При условии ежедневной стирки и кипячении белья для детей первых месяцев жизни предусматривается определенный комплект белья.
- Тонкую распашонку запахивают на спине, а теплую — на груди ребенка. Рукава у теплой распашонки длиннее рук, зашивать их не следует. Нижний край распашонок должен прикрывать пупок.



- При пеленании ребенка кладут таким образом, чтобы верхний край пеленки доходил до подмышек.
- Подгузник помещают на промежность, после чего ребенка заворачивают в тонкую пелёнку. Подкладывают полиэтиленовую пеленку (клеенку) размером 30х30 см (верхний край на уровне поясицы, нижний — до уровня колен).
- Затем ребенка заворачивают в теплую пеленку. При необходимости ребенка накрывают сверху одеялом.
- В настоящее время применяется широкое пеленание. Оно способствует физиологическому положению бедер, формированию головки бедренной кости и вертлужной впадины, препятствует вывиху головки бедренной кости в случае врожденной дисплазии тазобедренных суставов

- С 1—2-месячного возраста на время дневного "бодрствования" пеленки заменяют ползунками, с 2—3-месячного возраста начинают использовать памперсы (обычно на прогулках), которые меняют каждые 3 ч, а в 3—4 мес, когда начинается обильное слюноотечение, поверх распашонки надевают надгрудничек.



- Косынку или шапочку из хлопчатобумажной ткани надевают на голову лишь после ванны и на время прогулки.
- В 9—10 мес распашонки заменяют рубашкой, а ползунки — колготками (зимой



# Профилактика деформаций скелета

- С целью предупреждения деформаций скелета на кроватку кладут плотный матрац латексный, кокосовый.
- Ребенка в кроватке необходимо укладывать в разных положениях, периодически брать на руки.
- В кроватке, особенно после кормления или в первые недели после рождения, ребенок должен лежать на боку без подушки.
- Такое положение ребенка при срыгивании и рвоте предупреждает попадание молока в дыхательные пути.
- Вместо подушки под голову ребенка кладут пеленку, сложенную в 4 раза. После 1.5-2 лет используется плоская невысокая подушка (высота 2-5см).

- При пеленании необходимо следить, чтобы пеленки и распашонки свободно облегли грудную клетку. Тугое пеленание и стягивание грудной клетки могут привести к деформации последней и нарушению аэрации легких.
- Учитывая слабость мышечно-связочного аппарата, нельзя сажать детей до 5-месячного возраста. Если ребенка берут на руки, то предплечьем левой руки надо поддерживать ягодицы, а другой рукой — голову и спину

# **Грудное вскармливание - почему так важно для всех нас???**



- **«В ходе исследования были подсчитаны дополнительные расходы национальной системы здравоохранения на лечение 4 заболеваний у младенцев, которых не кормили грудью.**

**На лечение диареи - \$291.3 миллионов**

**На лечение РСВ инфекции - \$225 миллионов**

**На инсулинозависимый сахарный диабет – от \$9.6 до \$124.8 миллионов**

**На средний отит – \$660 миллионов.**

**NB!!! Таким образом, на лечение только четырех данных заболеваний требуется более миллиарда долларов дополнительных расходов ежегодно». (Исследование затрат при отказе от грудного вскармливания (1997), д-р Жан Риордан).**

*Слайд любезно подарен проф. Белоусовой Т.В.  
Новосибирский мед университет*



# Малыш родился – лучшее дает малышу мама

## Удивительные факты о грудном молоке:

- Адаптируется под малыша
- Изменяется в зависимости от климата, продолжительности и частоты вскармливания
- Адаптируется под пол малыша
- Развивает вкус малыша

## **Польза для малыша:**

- Идеальный продукт
- Легко усваивается
- Укрепляет иммунную систему
- Защищает от болезней
- Развивает умственные способности

## **...и матери:**

- Помогает прийти в форму
- Снижает риск возникновения рака груди и яичников, остеопороза
- Уникальная неразрывная эмоциональная связь с малышом





# Почему грудное молоко – лучший выбор для ребёнка?



## Грудное молоко легко усваивается организмом ребёнка

Состоит грудное молоко преимущественно из молочной сыворотки, которая легко переваривается в желудке ребёнка и содержит небольшое количество белка (0,9 – 1,1 гр. на 100мл.)

## Грудное вскармливание улучшает умственное развитие ребёнка

Грудное молоко богато полиненасыщенными жирными кислотами с длинной цепью, такими как докозагексаеновая кислота, которая является компонентом серого вещества мозга и сетчатки глаза.

## Грудное молоко усиливает природные защитные механизмы организма ребёнка

Мама делится своим иммунитетом в форме антител, содержащихся в грудном молоке. Защитными факторами являются содержащаяся в материнском молоке микрофлора представленная бифидобактериями и лактобактериями важные для развития здоровой флоры кишечника и иммунной системы.

## Грудное молоко способствует защите ребёнка от заболеваний

Таких детских заболеваний, как желудочно-кишечные инфекции, воспаление среднего уха и респираторные инфекции. Материнское молоко защищает малыша от аллергии (прежде всего атопического дерматита). Осуществляет профилактику кардиометаболических заболеваний: ожирение, повышенное артериальное давление и диабет 2-го типа.

# Почему грудное молоко – лучший выбор для матери?



## Грудное вскармливание

стимулирует выработку гормонов, которые помогают телу женщины быстрее восстановится после беременности и родов.

## Грудное вскармливание экономит деньги семьи

Стоимость питания кормящей матери гораздо меньше стоимости детской молочной смеси.

## Грудное вскармливание способствует сжиганию лишних калорий и похудению

Кормящая мама уже через месяц после родов худеет в бёдрах больше, чем женщины, которые не кормили детей грудью.

Причина этого заключается в том, что для образования грудного молока требуется дополнительная энергия

(до 500 ккал в день).

## Грудное вскармливание

способствует формированию между матерью и ребёнком тесных, нежных взаимоотношений.

## Грудное вскармливание несравнимо практичнее

Грудное молоко всегда доступно, имеет правильную температуру и абсолютно гигиенично. Поскольку грудное молоко не требует приготовления, мама больше времени проводит с ребёнком.

Когда Вы находитесь вне дома, вам не надо заранее или наспех готовить детскую смесь.

# Когда малыш сытый :)))



## *Главный показатель*

—  
малыш после кормления,  
отпускает грудь, имеет очень  
довольный вид и достаточно  
долго спит.

**Объективный показатель достаточного количества получаемого малышом молока - гармоничный рост и развитие:**

- ▣ равномерное, в соответствии с возрастными нормами, нарастание массы тела и роста, окружности груди,
- ▣ хорошее состояние кожи (она чистая, розовая, бархатистая),
- ▣ спокойный сон,
- ▣ высокая сопротивляемость инфекциям.

# Как дома самостоятельно можно оценивать хватает ли молока малышу или нет?

## Молока не хватает,

### если:

Тест на мокрые  
пеленки

Выделение концентрированной мочи - менее 6 раз в день, желтого цвета, с резким запахом.

Контроль веса

Плохая прибавка в весе (менее 125 грамм в неделю, а так же если вес через две недели от рождения меньше, чем был при рождении)



# Лучшее питание младенца – грудное молоко матери

Заменители  
грудного молока

1

2

3

4

лечебно-  
профилактические  
смеси

низколактозные

комфорт

гипоаллергенные

кисломолочные



лечебные  
смеси

антирефлюкс

Глубокий гидролизат белка

Среднецепочечные триглицериды

# Какие проблемы у детей на Искусственном вскармливании для вас наиболее актуальны сегодня?



## Какие 3ГМ Вы рекомендуете в этом случае? С чем связан выбор именно этой смеси?



# Правила стерилизации сосок и бутылочек

- Грязные соски тщательно моют сначала в проточной воде, а потом теплой водой с содой (0,5 чайной ложки пищевой соды на стакан воды), при этом их вывертывают наизнанку.
- Затем соски кипятят в течение 10—15
- **мин**. Стерилизация сосок проводится раз в день, обычно в ночное время. Проводит ее палатная медицинская сестра.





# Правила стерилизации сосок и бутылочек

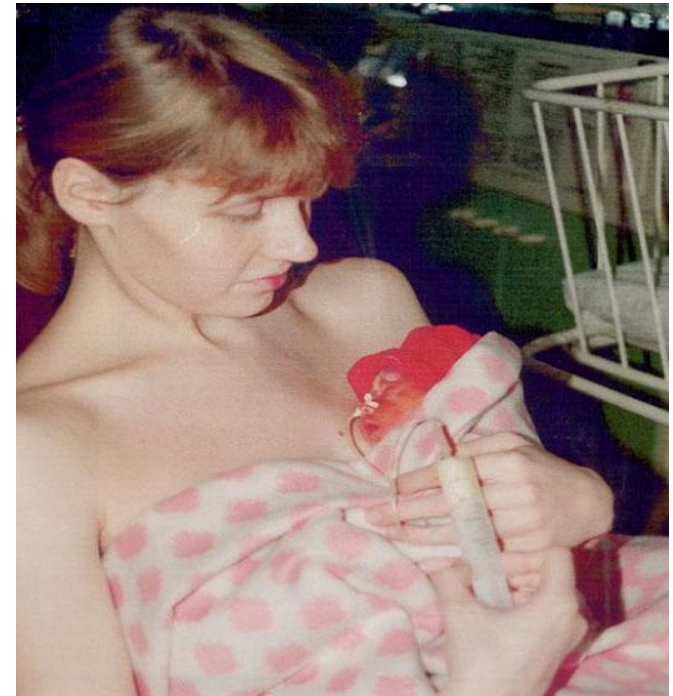
- Чистые резиновые соски сохраняют сухими в закрытой (стеклянной или эмалированной) посуде с маркировкой "Чистые соски»
- Чистые соски достают стерильным пинцетом, а затем чисто вымытыми руками надевают на бутылочку.  
Использованные соски собирают в посуду с маркировкой "Грязные соски".





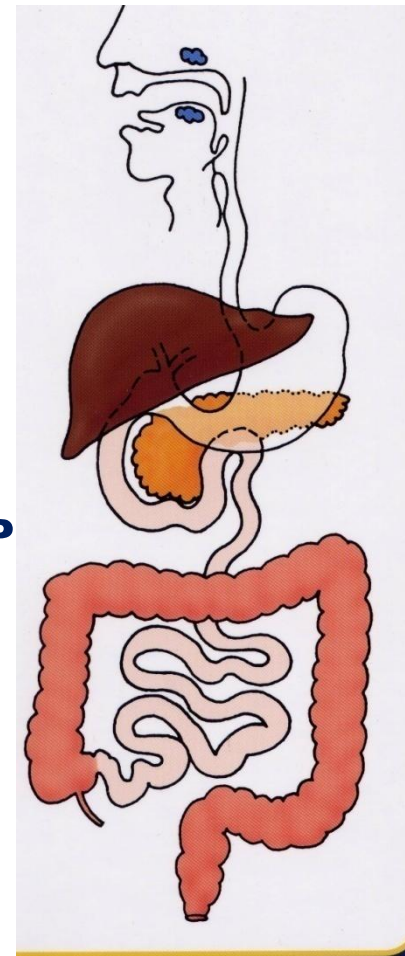
- **Стерилизация бутылок производится в буфетной. Сначала бутылки обезжиривают в горячей воде с горчицей (50 г сухой горчицы на 10 л воды), затем моют с помощью ерша, промывают проточной водой снаружи и изнутри (используют устройство в виде фонтанчиков для ополаскивания бутылок) и ополаскивают. Чистые бутылки горлышком вниз помещают в металлические сетки, а когда стекут остатки воды, бутылочки в сетках ставят в сухожаровой шкаф на 50—60 мин (температура в шкафу 120—150 °С).**

- **Бутылочки можно стерилизовать кипячением. Для этого их помещают в специальную посуду (бак, кастрюлю), заливают теплой водой и кипятят 10 мин.**
- **Хранят стерильные бутылочки с горловинами, закрытыми стерильными ватно-марлевыми тампонами, в отдельно выделенных для этого шкафах.**



# Желудочно-кишечный тракт

- 5% массы тела
- 20% потребления кислорода
- 25% минутного объема кровообращения
- полное обновление эпителия каждые 3 суток
- наличие 2,5-3 кг микробной массы
- продукция 30 гормонов
- ведущая гомеостатизирующая система организма
- *Трофика тканей кишечника*



# Физиологические детей

- Длина кишечника относительно тела ребенка больше, чем в другие возрастные периоды (1м/1 кг тела)
- Относительная слабость илеоцекального клапана (часто контаминация )
- Богатая васкуляризация кишечника
- Лимфа оттекающая от тонкой кишки минует печень – сразу в кровь
- Высокая скорость обновления клеток

# особенности

- Более легкий переход неизмененного белка в кровь
- Транзиторные состояния: лактазная недостаточность
- .....
- Интенсивный рост, ограниченные запасы питательных веществ
- Незрелость механизмов регуляции метаболизма
- **Высокая потребность в сбалансированном поступлении всего комплекса пищевых веществ и энергии**

# Важные факторы, определяющие потребность детей в нутриентах:

- Рост! (прирост костной и мышечной массы, кроветворение)
- Гиперметаболизм
- **Аппетит**

Хроническая/ острая белково-энергетическая недостаточность смешанного генеза по типу: маразма, квашиоркор, смешанному типу

- Критическое состояние: острый / хронический стресс
- Гиперкатаболизм
- Кишечник (трофика тканей)
- Системная воспалительная реакция

*Цена лечения*

- ***Наблюдение за функцией желудочно-кишечного тракта*** у детей на посту (аппетит, характер и частота стула, наличие болевого синдрома или диспептических явлений и т.д.) и своевременное оповещение лечащего врача о любых отклонениях в состоянии и самочувствии больных
- контроль за четким соблюдением больными предписанных врачом ***диетических рекомендаций***, в том числе ***режима питания***

- ***Наблюдение за функцией желудочно-кишечного тракта***
- ***Участие в обследовании детей, заключающееся в грамотном сборе исследуемого материала и подготовке больных к предстоящим обследованиям (рентгенологическим, инструментальным, эндоскопическим и т.д.),***
- ***Выполнение врачебных назначений, касающихся не только четкого приема больными медикаментозных средств, но и грамотного выполнения***

# **Уход за больными с рвотой**

- **Медицинская сестра в момент рвоты должна:**
- **неотлучно находиться возле больного**
- **максимально облегчать его состояние**
- **предотвращать возможное попадание рвотных масс в дыхательные пути ребенка с последующей аспирацией**
- **быстро сообщить о происходящем дежурному (дежурному) врачу**



- Детей грудного возраста берут на руки, немного **опустив голову ребенка** вниз. Если позволяет возраст и состояние больного — лучше его усадить, закрыть грудь клеенкой или полотенцем; поднести ко рту чистый лоток, тазик, или поставить ведро; необходимо придерживать голову ребенка, положив руку ему на лоб.
- Тяжелобольным и ослабленным детям, находящимся в кровати, необходимо **повернуть голову на бок** так, чтобы она находилась немного ниже туловища (предотвращение аспирации).
- Под подбородок следует подложить полотенце, сложенное в несколько раз.
- Поднести ко рту лоток (предохранение от загрязнений подушки и белья).

- **После рвоты следует дать ребенку прополоскать рот теплой водой (детям раннего возраста — попить несколько ложек теплой кипяченой воды); вытереть губы и углы рта; при необходимости — сменить постельное и нательное белье. Рвотные массы необходимо оставить до прихода врача, по назначению — отправить в лабораторию для анализа.**

# Бристольская шкала форм кала

Большое время  
транзита  
(100 часов)

Короткое  
время транзита  
(10 часов)

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий

# Наблюдение за стулом и его регистрация

- У новорожденных первородный кал (меконий), представляющий собой густую вязкую массу темного цвета, отходит к концу первых суток жизни. На 2—3-й сутки появляется так называемый переходный стул, имеющий кашицеобразную консистенцию, темноватого цвета, а затем устанавливается нормальный стул желтого цвета с кислым запахом (грудной стул). Частота стула у новорожденных — 2—6 раз в сутки, у более старших детей — 2—4 раза в сутки.

- **Характер и частота стула зависят от вида вскармливания. При грудном вскармливании стул бывает 3—4 раза в сутки, желтого цвета, кашицеобразный, с кислым запахом.**
- **При искусственном вскармливании стул наблюдается реже, 1—2 раза в сутки, более плотный, оформленный, светло-зеленый, иногда серовато-глинистый, по консистенции напоминает замазку, с резким запахом.**
- **Жидкий стул может быть при расстройствах пищеварения; цвет кала меняется, появляются патологические примеси в виде слизи, зелени, крови и т.**

- **Медицинская сестра должна уметь определять характер стула, так как по его виду можно выявить начальные признаки заболевания.**
- **Следует докладывать о патологических изменениях стула врачу (лучше показывать испражнения).**
- **В сестринском листе обязательно отмечают, сколько раз стул, а специальным условным знаком — его характер: кашицеобразный (нормальный), разжиженный стул, примесь слизи в стуле, примесь зелени в стуле, кровь в стуле, оформленный стул.**

- *Стул у детей грудного возраста осматривается ежедневно, а у старших — по поручению врача, или сигналу больного.*
- Сведения о частоте и характере стула ежедневно отмечаются медицинской сестрой в температурном листе истории болезни ребенка.
- Характер и частота стула меняются с возрастом. У детей первого полугодия жизни, находящихся на грудном вскармливании кал золотисто-желтый, консистенции сметаны, с кисловатым запахом; число дефекации достигает количества кормлений ребенка (5–6 раз в

- При искусственном питании каловые массы обычно более густые, светло-желтые, быстрее приобретают каловый запах, количество дефекаций — реже (3–4 раза в день).
- Стул детей более старшего возраста всегда оформленный (в виде «колбаски»), темно-коричневой окраски, 1–2 раза в день; не содержит патологических примесей (слизи, крови).



# Обращать внимание на

- изменения частоты стула: учащение (понос), запоры (задержка стула более 48 часов);
- изменения консистенции стула (кашицеобразный, жидкий, водянистый, впитывающийся в пеленку);
- изменения цвета кала: обесцвеченный (при нарушениях желчеотделения), «с зеленью» (при кишечных инфекциях), черный или дегтеобразный («мелена» — свидетельство кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, то есть из пищевода, желудка);
- появление в кале патологических примесей: слизи, крови (свежая кровь в виде прожилок на поверхности испражнений указывает на кровотечение из нижних отделов кишечника);

# Бристольская шкала форм кала

Большое время  
транзита  
(100 часов)

Короткое  
время транзита  
(10 часов)

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий

## • **Проблемы со стулом**

- **изолировать больного с жидким стулом в отдельный бокс (палату), на входной двери которого вывесить табличку «карантин»;**
- **сообщить о появившейся диспепсии лечащему врачу, зав. отделением, а при их отсутствии — дежурному врачу;**
- **оставить стул ребенка (в горшке, на пеленке или памперсе) до прихода врача для осмотра и, вероятно, последующего исследования (копрограмма, посев на выявление кишечной инфекции и т.д.);**

- выделить индивидуальные средства ухода за больным: горшок, посуду (в т.ч. и средства для их обеззараживания), термометр, мензурку; а также халаты для медицинского персонала, обслуживающего этот бокс; уборочный инвентарь с маркировкой «карантин», чистую ветошь для обеззараживания поверхностей;
- обеспечить проведение текущей дезинфекции: влажную уборку бокса (палаты), где находится больной; предметов ухода, посуды, остатков пищи и испражнений с применением дезинфицирующих растворов.

# Постановка газоотводной трубки

- Ребенок укладывается на левый бок (грудные дети — на спину) на расстеленную пеленку с подложенной под нее клеенкой; ноги поджимаются к животу.
- Рабочий (закругленный) конец газоотводной трубки обильно смазывается вазелиновым маслом.
- При разведенных рукой ягодицах, осторожными вращательными движениями трубка вводится в прямую кишку: у новорожденных — на 3–4 см, в возрасте 1–3 года — на 5–7 см, старше 3-х лет — на 10–15 см и оставляется на 20–30 минут (ребенок накрывается одеялом и не оставляется без присмотра!).
- У детей старшего возраста, как и у взрослых, длительность процедуры может быть до 1 часа. После отхождения газов и каловых масс, ребенка следует подмыть, смазать кожу вокруг анального отверстия вазелиновым маслом. При необходимости, процедуру можно повторять каждые 3–4 часа. О проведенной манипуляции делается отметка в истории болезни. Использованные газоотводные трубки подлежат дезинфекции.

# Клизмы:

- очистительная
- гипертоническая
- масляная
- лекарственная
- *Сифонная*
- *Противопоказанием для проведения клизм являются острые воспалительные заболевания в области заднего прохода, выпадение прямой кишки, кровотечения, острые хирургические заболевания.*

- ***Очистительные клизмы.*** Проводятся с целью наиболее полного опорожнения кишечника при задержке стула, отравлениях, а также перед предстоящими операциями, эндоскопическим или рентгенологическим исследованием органов брюшной полости, перед введением лекарственной клизмы.
- ***У маленьких детей (до 3-х лет) клизму можно делать грушевидным баллоном, размер и объем которого зависят от возраста и вводимого количества жидкости:***
  - баллон №2 (объем 50 мл) — используют в первые 2–3 месяца жизни;
  - баллон №3, №4 (соответственно, объем 75 и 100 мл) — в 6 месяцев;
  - баллон №5 (на 150 мл) — в 1 год жизни;
  - баллон №5 и №6 (соответственно, на 180-200 мл) — детям 2–3 лет.



# **Техника проведения очистительной клизмы**

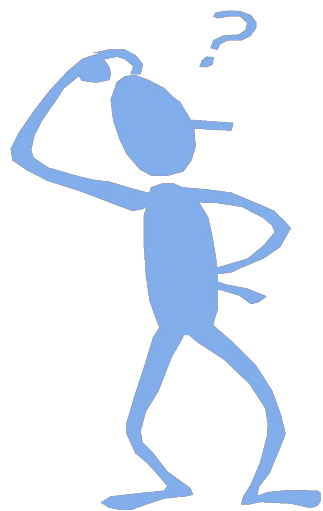
- **Ребенка укладывают на левый бок (грудничков — на спину) с согнутыми и приведенными к животу ногами. Под нижнюю часть туловища подкладывают клеенку, сверху нее — пеленку. Наполняют баллон водой комнатной температуры, поднимают его наконечником вверх и, несколько сжимая баллон пальцами (до появления воды), выпускают из него воздух.**



- **Техника введения наконечника баллона клизмы аналогична таковой при введении наконечника кружки Эсмарха, используемой для очистительных клизм у старших детей. Наконечник обильно смазывается вазелиновым маслом и осторожно, без усилий, вращательными движениями вводится в прямую кишку (у грудных детей, примерно, на 3 см, в более старшем возрасте — на 5–6–10 см), предварительно раздвинув ягодицы ребенка рукой. Первые движения наконечника — по направлению к пупку, затем — параллельно копчику .**

- **Вода выпускается в кишечник медленно, нажимая пальцами на баллон. Затем, зажав левой рукой ягодицы ребенка, правой — выводят наконечник, не разжимая баллона. Удерживать ягодицы сомкнутыми рекомендуют еще несколько минут (для удержания жидкости в кишечнике). Для приема испражнений ребенку первого года жизни между ног подкладывают рыхло скомканную пеленку, более старших детей высаживают на горшок. После отхождения кала и газов ребенка**

# КЮВЕЗ



# Кювез. Правила

## ПОЛЬЗОВАНИЯ

- Перед использованием кувез должен быть хорошо проветрен и продезинфицирован. Согласно инструкции по эксплуатации, рекомендуется проводить дезинфекцию кувеза формалином. Для этого под колпак кладут кусок ваты, смоченной 40 % раствором формалина, и включают кувез на 6—8 ч, после чего вату удаляют и инкубатор оставляют включенным при закрытом колпаке еще 5—6 ч. Кроме того, внутренние стенки колпака, ложе для ребенка и подкладной матрац тщательно протирают 0,5 % раствором хлорамин

- **Включение кувеза проводится в следующей последовательности: сначала заполняют водой водоиспарительную систему, затем подключают к сети, далее плавным вращением регулятора температуры и влажности подбирают необходимый**



- **Ребенок в кувезе находится обнаженным. Поддерживается постоянная температура 34—37 °С и относительная влажность воздуха 85—95 %. В кувез подается кислород в смеси с атмосферным воздухом, причем концентрация кислорода не превышает 30 %. Специальная система тревоги оповещает звуковым сигналом о нарушении параметров.**
- **Сроки пребывания в кувезе определяются общим состоянием ребенка. Если новорожденный находится в нем более 3—4 дней, то значительно возрастает микробная обсемененность. По существующим правилам в таком случае следует переложить ребенка в другой инкубатор, вымытый и**

# ДФО терморегуляции детей

- *Склонность, как к перегреваниям, так и переохлаждениям у детей первого года (особенно, первых месяцев) жизни вследствие термолабильности*
- *Транзиторная гипотермия новорожденного - снижение подмышечной температуры ребенка через 2 часа после рождения до  $35,7^{\circ}\text{C}$  в ответ на новую, низкую для новорожденного температуру окружающей среды. Через 5 часов температура повышается до  $36,5^{\circ}\text{C}$ .*
- *Транзиторная гипертермия новорожденного — подъем температуры до  $38-39^{\circ}\text{C}$  на 3–5 день жизни, что может быть связано либо с перегреванием (температура в палате выше  $24^{\circ}\text{C}$ ), либо с недостаточным количеством жидкости, которое получает ребенок.*
- *Ко 2-му месяцу жизни у ребенка вырабатывается стабильный суточный ритм температуры тела, что является признаком созревания гипоталамического центра терморегуляции: утром она самая низкая, вечером — самая высокая. Разница между утренней и*



# Техника термометрии

- Температура измеряется натощак, в спокойном состоянии ребенка, не ранее, чем через 30-40 минут после сна
- *Продолжительность измерения температуры в подмышечной паховой областях - 10 минут, в полости прямой кишки - 5 минут*
- Ректальная температура в норме на  $1^{\circ}\text{C}$  выше, чем в подмышечной области
- После выполнения процедуры термометр необходимо встряхнуть, чтобы столбик ртути опустился ниже  $35^{\circ}\text{C}$ , затем поместить в рабочий дезинфекционный раствор (для изделий медицинского назначения) на 30 минут, после чего промыть проточной водой, насухо вытереть.
- Хранятся термометры в чистой, промаркированной емкости («чистые термометры»).



# Уход за лихорадящими детьми

- Период повышения температуры (теплопродукция превышает теплоотдачу). Характерные клинические признаки: озноб, головная боль, плохое общее самочувствие. В это время медицинская сестра должна создать ребенку покой, хорошо укрыть его, положить теплые грелки к ногам, дать теплое питье; тщательно следить за всеми физиологическими отправлениями больного; четко выполнять врачебные назначения.

- **Период разгара температуры — жар, головная боль, сухость во рту, резкая слабость, ломота во всем теле, возможны бред, галлюцинации, судороги.**
- **В это время ребенка нельзя оставлять одного. Необходимо предоставить: легкоусвояемую диету в жидком (полужидком) виде, небольшими, но частыми порциями (5–6 раз в сутки); обильное питье в виде фруктовых соков, морсов, минеральной воды.**
- **На каждый градус повышения температуры требуется дополнительное введение 10 мл на 1 кг массы тела ребенка.**



- В этот период необходимым является *контроль пульса, артериального давления и всех физиологических отправления ребенка (особенно, диуреза); частое измерение температуры — через 40–45 минут после приема жаропонижающего средства (когда оно уже должно подействовать), в последствие — через каждые 2–3 часа.*
- При появлении трещин на губах следует смазывать их вазелиновым маслом или любым другим жиром.



# «Красная» гипертермия

- раскрыть больного , направить на него вентилятор (исключить сквозняки и переохлаждение!);
- положить на голову (лоб), в места прохождения магистральных сосудов (паховые, подмышечные области) пузыри (или флаконы) со льдом или холодной водой, обернутые пленкой;
- обтереть кожу 9% столовым уксусным раствором , разбавленным водой (соотношение вода: уксус 2:1), или спиртовым раствором (соотношение вода: спирт — такое же);
- четкое выполнение врачебных назначений

# **«Бледная» гипертермия**

- **когда сосуды спазмированы, кожа холодная на ощупь, имеет бледный, цианотичный цвет, необходимо:**
- **согреть конечности грелкой, укрыть теплым одеялом;**
- **вводить лекарства по назначению врача с частым контролем температуры; при неэффективности мероприятий — повторный осмотр врача**

# Периоды снижения

## температуры

- **критическое** — резкое, быстрое снижение температуры (например, с  $41^{\circ}\text{C}$  до  $36,5^{\circ}\text{C}$ ). Оно опасно для ребенка, так как может сопровождаться снижением тонуса сосудов, падением артериального давления. Клинически: повышенное потоотделение, выраженная слабость; холодные на ощупь конечности; низкое артериальное давление, нитевидный пульс. Лечебная тактика медицинской сестры: *укрыть ребенка, дать крепкий теплый чай, вызвать врача. В связи с обильным потоотделением — смена нательного (при необходимости, и постельного) белья;*
- **литическое** — температура снижается постепенно, что проявляется появлением небольшой испарины на коже и слабостью, сонливостью ребенка. Как правило, в таких случаях специальной медицинской помощи не требуется.

# **Определение пульса на лучевой артерии**

- **осуществляется на тыльной (внутренней) поверхности предплечья, над лучезапястным суставом, в ямке между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием внутренней лучевой мышцы. Большой палец врача располагается на тыле предплечья ребенка, а указательный, средний и безымянный пальцы располагаются на внутренней поверхности предплечья (у основания I пальца больного). Нащупав пульсирующую артерию, с умеренной силой прижимают ее к внутренней стороне лучевой кости.**

- **Частота пульса у здоровых детей:**  
новорожденный - 120–140, 1 год - 120, в 5 лет - 100, в 12 лет - 80 в минуту. Следует помнить, что частота пульса у детей — показатель лабильный. Так, в зависимости от состояния ребенка (сон-бодрствование) допускается расхождение в частоте пульса на 10–15 %
  - При гипертермии — на каждый градус повышения температуры тела пульс учащается на 10–15 ударов в минуту.





# Особенности измерения артериального давления

- Манжеты тонометра должны соответствовать возрасту или окружности плеча ребенка (ширина манжеты должна составлять около  $2/3$  длины плеча).
- Для измерения артериального давления у новорожденного, необходима манжета шириной 2,5–4 см и длиной 5–10 см. Для аналогичного исследования у грудного ребенка, соответственно, 6–8 см и 12–13 см; у дошкольников — 9–10 см и 17–22 см; у школьников (как и у взрослых) — 12–13 см в ширину и 22–23 см в длину.

- ***Техника измерения артериального давления на плечевой артерии:***
- **Обнаженная и расслабленная рука ребенка располагается удобно, ладонью вверх. Аппарат размещается на столе (кровати) так, чтобы на одном горизонтальном уровне находились сердце, рука больного, манометр и манжетка. Последняя накладывается на 2 см выше локтевого сгиба так, чтобы под нее можно было пропустить 1–2 пальца. Манжета соединяется с тонометром, закрывается вентиль на груше тонометра.**
- **Пальпируется плечевая артерия; после чего нагнетается воздух в манжету до величины давления на 20–30 мм. рт. ст. превышающего то, при котором было отмечено прекращение пульсации артерии.**
- **В области локтевой ямки (над плечевой артерией) устанавливают стетоскоп и начинают медленно снижать давление в манжетке, следя за моментом первого появления аускультативных тонов, а затем их полного исчезновения, эквивалентных максимальному (систолическому) и минимальному (диастолическому)**

# **Наблюдение за детьми с заболеваниями почек**

- **Наблюдение за частотой мочеиспусканий, объемом суточного диуреза, (в зависимости от выпитой жидкости), констатация дизурических явлений (нарушений мочеиспускания).**
- **Ежедневный контроль выполнения детьми правил личной гигиены, особенно девочками, тяжелобольными и пациентами с энурезом**
- **Четкое выполнение лечебных назначений.**
- **Большое практическое значение имеет грамотность медсестры в плане сбора анализов мочи, а также правильной подготовки больного к предстоящим обследованиям, поскольку их результаты являются определяющими в диагностике и**

# **Особенности ухода за эндокринными больными. Сахарный диабет**

- **Диета (стол №9) — четко рассчитанное врачом разрешенное количество всех ингредиентов (углеводов и белка);**
- **Контроль концентрации сахара в крови и в моче. Правила сбора крови на сахар: утром из пальца натощак и через 2 часа после приема пищи;**
- **Введение инсулина в предписанной дозе, в фиксированное время и в строго предписанное место;**
- **Умение верно рассчитать в шприце указанную врачом дозу инсулина; Дозируется препарат в единицах действия (ЕД) .**

# Спасибо за внимание

