

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°С.**
- **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 кипячения 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 30x30 см (верхний край на уровне поясницы, 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

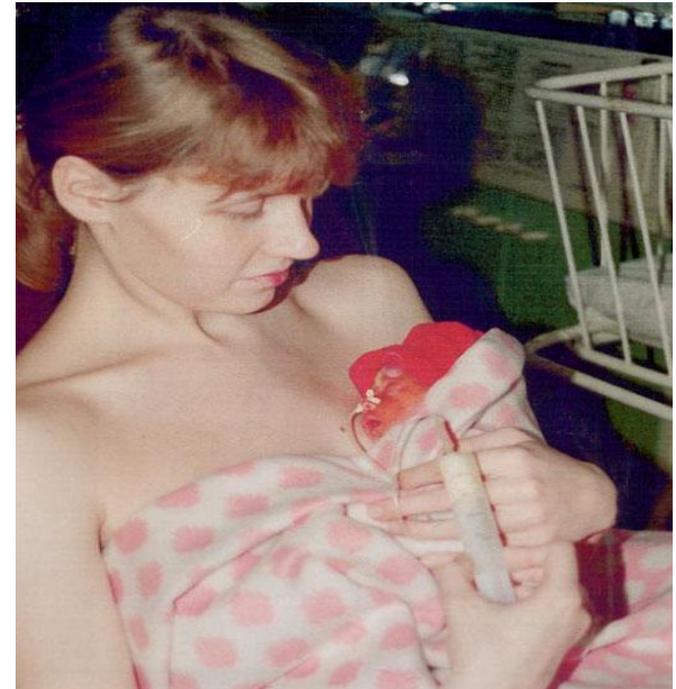
- Чистые резиновые соски сохраняют сухими в закрытой (стеклянной или эмалированной) посуде с маркировкой "Чистые соски»
- Чистые соски достают стерильным пинцетом, а затем чисто вымытыми руками надевают на бутылочку. Использованные соски собирают в посуду с маркировкой "Грязные соски".



Ну что батя, поговорим как мужик с мужиком?

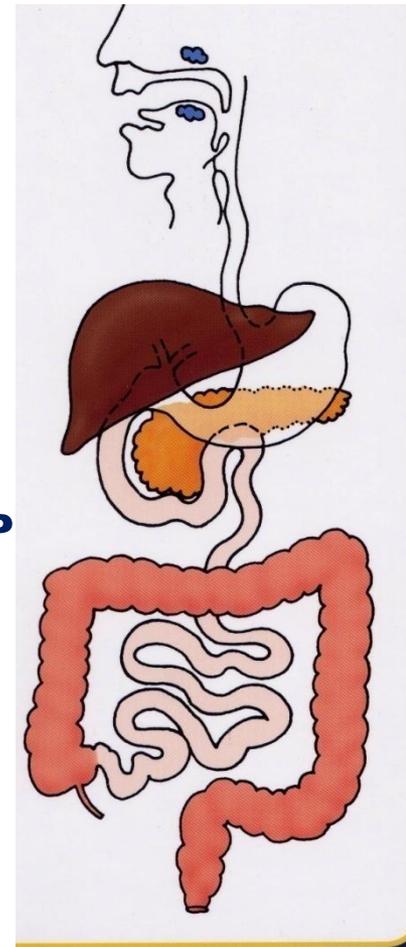
- **Стерилизация бутылок производится в буфетной. Сначала бутылки обезжиривают в горячей воде с горчицей (50 г сухой горчицы на 10 л воды), затем моют с помощью ерша, промывают проточной водой снаружи и изнутри (используют устройство в виде фонтанчиков для ополаскивания бутылок) и ополаскивают. Чистые 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 гомеостазирующая 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.

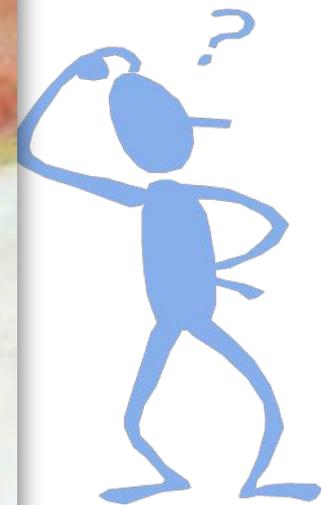
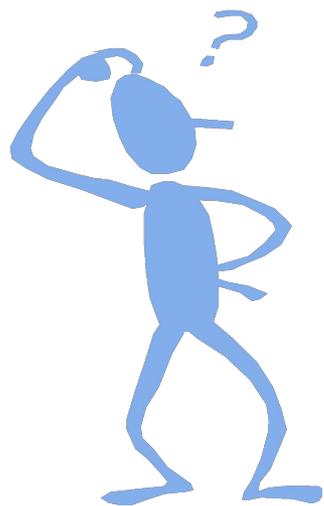
Техника проведения очистительной клизмы

- **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

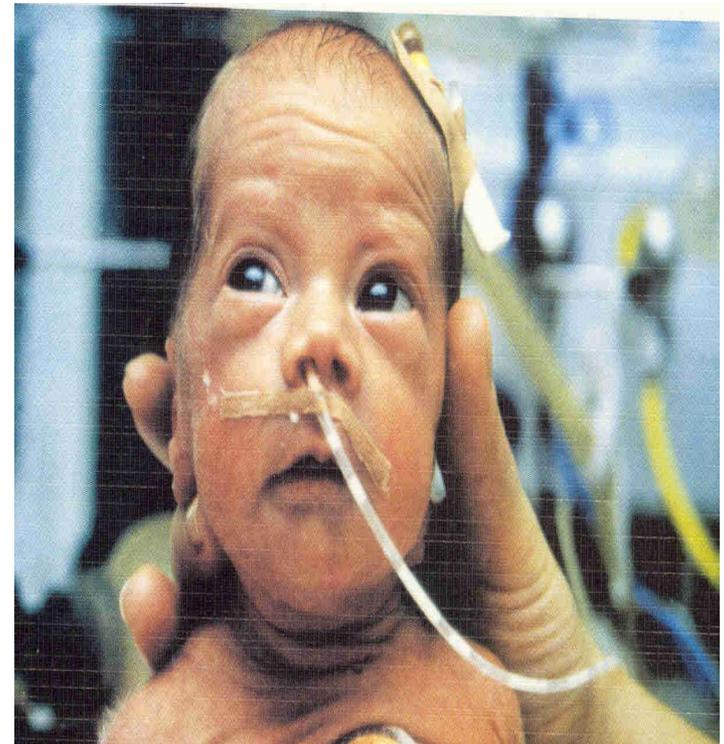


Кювез. Правила

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°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 1⁰С выше, чем в подмышечной области
- После выполнения процедуры термометр необходимо встряхнуть, чтобы столбик ртути опустился ниже 35⁰С, 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°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

