АГМУ

Факультет сестринского образования

Заочное отделение

Кафедра педиатрии №2

Контрольная работа

по курсу "Сестринское дело в педиатрии"

Вариант №11

Студентки 4 курса. 486 группы

Савиловой Н.А.

1. Семиотика нарушения роста и развития детей

дети пиелонефрит рахит развитие

Эндокринные железы, обладающие внутрисекреторной функцией, включают гипофиз, эпифиз, надпочечники, щитовидную, паращитовидные, вилочковую, поджелудочную и половые железы. Каждая из них выполняет специфическую функцию, но все они находятся, в тесной взаимосвязи друг с другом и с ЦНС, обеспечивая единство организма, что отражается термином "нейроэндокринная (нейрогуморальная) регуляция". Часто в развитии патологического процесса выявляется взаимозависимое нарушение функций различных эндокринных желез. Между эндокринными железами существуют тесные коррелятивные связи. Они оказывают влияние на все виды обмена веществ, а также рост, физическое и умственное развитие. Инкреторные железы у детей являются регуляторами процессов роста и развития ребенка. Гормоны действуют на генетический аппарат клеток и таким образом участвуют в осуществлении генетической программы развития, проявляющейся в фенотипической дифференцировке органов и организма в целом. В различные периоды детства может выявляться относительное превалирующее влияние определенной эндокринной железы. Ко времени рождения эндокринная система контролируется ЦНС, то есть уже функционирует единая нейроэндокринная система регуляции, и после рождения ребенка она продолжает интенсивно развиваться и совершенствоваться. В связи с этим у детей в отличие от взрослых эндокринные расстройства могут вызывать непоправимые изменения в растущем организме. При обследовании детей прежде всего обращается внимание на отклонения в соматическом и половом развитии. Очень важно собрать тщательный генеалогический анамнез, так как ряд заболеваний могут быть у родственников (карликовость, гигантизм, сахарный диабет и др.). Анамнез заболевания также должен быть полным. Важно учитывать все факторы, влияющие на плод и ребенка, течение родов. Подробно выясняются характер развития статики и моторики на 1-м году жизни, характер вскармливания, оценивается последующее развитие.

Семиотика нарушений роста

Под термином "рост" подразумевается изменение размеров тела или уровней зрелости организма ребенка, установленных при определенных измерениях. Генетические факторы, влияющие на темп и окончательный предел биологического потенциала, тесно связаны с внешнесредовыми факторами.

Травма пренатальная или постнатальная, нарушающая рост и развитие, может быть химической, физической, иммунологической или являться результатом инфекции. Факторы питания, влияющие на рост (полноценные белки, соли, микроэлементы, витамины и др.), могут быть тесно связаны с социально-экономическими факторами.

Социальные и эмоциональные факторы, которые могут изменять ростовой потенциал, включают положение ребенка в семье, характер его взаимоотношений с родителями, воспитания, индивидуальные интересы и потребности родителей. Рост и развитие ребенка являются результатом сложного сочетанного влияния на него многих факторов. Достигаемые при этом показатели уникальны для каждого ребенка и колеблются в определенных пределах, что обозначается термином "норма". Раннее распознавание физических и эмоциональных нарушений развития и их коррекция зависят от тщательной регистрации показателей физического развития у детей. У большинства доношенных детей масса тела (средняя масса при рождении 3-3,5 кг) восстанавливается к 7-10-му дню после рождения, удваивается к 5-месячному возрасту и утраивается к 10-12-му месяцу. Длина тела у детей первого года жизни определяется с учетом ежемесячного ее увеличения. Допустимые пределы колебаний ± 4 см.

В норме рост ребенка (средняя длина при рождении 50-54 см) в течение 1 -го года жизни увеличивается на 25 см (16-17 см в первые 6 мес. жизни и около 8 см в последующие 6 мес.). В течение 2-го года жизни отмечается уменьшение скорости роста ребенка: в среднем его масса тела увеличивается на 2,5 кг, а рост на 10-12 см. На 3, 4 и 5-м годах жизни увеличение массы тела и роста происходит относительно равномерно и составляет около 2 кг и 6-8 см в год соответственно. Большинство детей в этом возрасте худеют.

С 5-го по 10-й год жизни (до пубертатного периода) рост увеличивается в среднем на 5-6 см в год. Масса тела в этот промежуток времени возрастает в среднем на 3-3,5 кг в год.

Подростковый период характеризуется значительным увеличением скорости роста. Он начинается в возрасте около 10 лет у девочек и 12 лет у мальчиков. Ускорение роста у мальчиков начинается в возрасте между 13-15 годами. В течение этого времени рост увеличивается на 20-25 см, 10 из которых приходится на год наибольшего его ускорения. У девочек ускорение роста начинается на 1-2 года раньше, чем у мальчиков, и почти заканчивается к 13 годам; в год максимальной скорости роста этот показатель достигает 8 см. После этого пика скорость роста замедляется, и к возрасту 18 лет он почти заканчивается.

Оценка роста и развития ребенка приносит наибольшую пользу только в том случае, если проводится тщательно и в каждом периоде, в котором могут наблюдаться изменения. Нормальный (средний) рост: показатели роста отклоняются от средних величин не более ±15 и входят в интервал 25-75-й процентили.

Низкий рост: ниже средних для данного возраста величин более -2, -38, или ниже 10-5-й процентили, что соответствует отклонению от них на 10%.

Карликовый рост: показатели роста ниже средних на -3S и соответственно ниже 5-й процентили.

Большой рост, макросомия: показатели роста превышают средние на 2-38, или оказываются в пределах 90-97-й процентили.

Гигантский рост, гигантизм: показатели роста превышают средние более чем на 38, или оказываются выше 97-й процентили.

С учетом допустимых колебаний кривая роста у здорового ребенка достаточно ровная, поэтому любое существенное отклонение линии роста, вероятнее всего, обусловлено болезнью, нарушением питания или неблагоприятными психосоциальными условиями.

. Смешанное и искусственное вскармливание. Показания, основные правила и техника проведения

Смешанное и искусственное вскармливание назначается только в случае, когда весь арсенал средств, направленных на профилактику гипогалактии и стимуляцию лактации оказываются неэффективными, и восстановить полноценную выработку грудного молока не удается. При наличии у матери небольших количеств грудного молока, ребенка все равно необходимо прикладывать к груди и стремиться максимально продлить вскармливание материнским молоком.

Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни следует рассматривать как "метаболический стресс".

Основу рационального искусственного вскармливания должно составлять использование специализированных продуктов детского питания промышленного выпуска, современных заменителей женского молока - адаптированных молочных смесей. Приближение (адаптация) состава молочных смесей к составу женского молока проводится по всем компонентам - белковому, жировому, углеводному, витаминному и минеральному.

При выборе смеси, наиболее адекватной для вскармливания конкретного ребенка, следует учитывать:

возраст ребенка - в первые 2-3 недели жизни ребенку предпочтительнее назначать пресные смеси, поскольку кисломолочные смеси в этом возрасте могут вызывать срыгивания; затем целесообразно сочетать пресные и кисломолочные смеси, при этом наиболее целесообразным является назначение ребенку 50% кислых и 50% пресных смесей (от необходимого ребенку суточного объема смесей);

степень адаптированности смеси - чем меньше возраст ребенка, тем больше он нуждается в максимально адаптированных смесях ; ребенку до 6 месяцев не следует назначать "последующие смеси" ,цельное коровье молоко, кефир и другие неадаптированные кисломолочные смеси. У детей с неустойчивым стулом, кишечными инфекциями допустимо использовать цельный кефир в небольших количествах;

индивидуальную переносимость смеси; в практике нередки случаи, когда ребенок дает выраженные аллергические реакции на одну из современных максимально адаптированных смесей, но хорошо переносит другую смесь того же поколения.

Организация смешанного и искусственного вскармливания.

Режим питания при смешанном вскармливании остается свободным. Необходимо только контролировать количество молока у матери (с помощью контрольного взвешивания) и недостающий объем компенсировать смесями. При этом докорм следует давать только после предварительного прикладывания ребенка к обеим грудям, даже при минимальном количестве молока у матери. Если объем докорма невелик, то его целесообразнее давать с ложечки, так как более легкое поступление смеси через соску способствует отказу ребенка от груди. При большом объеме докорма можно пользоваться бутылкой с достаточно упругой соской с мелкими отверстиями на конце. Перевод ребенка на искусственное вскармливание, особенно в первые месяцы жизни, не должен быть слишком быстрым, т.к. в силу физиологической незрелости ребенка его адаптация к искусственному питанию протекает очень напряженно. При искусственном вскармливании детей первых месяцев жизни, как правило, рекомендуется 6-7 разовое кормление - через 3 или 3,5 часа с 6,5- или 6-часовым ночным перерывом (соответственно). После введения первого прикорма (с 4,5 до 5 месяцев) ребенок может быть переведен на 5-разовое кормление. С учетом индивидуальных особенностей ребенка, число кормлений может изменяться. Если ребенок не съедает предлагаемый объем в течение одного кормления, он требует более частого кормления меньшими порциями. Примерное суточное количество пищи в первые 5-7 дней жизни ребенка при искусственном вскармливании может быть рассчитано по формуле (70 или 80 х n, где n - день жизни новорожденного, коэффициент 70 используется у детей, родившихся с массой тела менее 3200 г, 80 - более 3200 г). В дальнейшем для расчета необходимых ребенку количеств молочной смеси следует использовать так называемый энергетический ("калорийный") метод, основанный на учете физиологической потребности ребенка в энергии, которая в первом полугодии составляет 115 ккал/кг) во втором полугодии -110 ккал/кг массы тела.

Так, при массе тела ребенка в 2 месяца 4500 г. его суточная энергетическая потребность составит: 115 ккал х 4,5 кг = 517,5 ккал. Поскольку энергетическая ценность большинства адаптированных молочных смесей колеблется в пределах 670-680 ккал/л, это количество энергии может быть обеспечено при потреблении 750-800 мл таких смесей.

После введения блюд прикорма потребность ребенка в энергии и пищевых веществах обеспечивается не только заменителями женского молока, но и продуктами и блюдами прикорма, что необходимо учитывать при организации питания малышей. Наряду с калорийным, для ориентировочного расчета необходимого ребенку объема питания может применяться так называемый объемный метод. При этом суточный объем пищи, необходимый ребенку со средним уровнем физического развития, составляет в возрасте от 10 дней до 2 месяцев - 1/5 массы тела - (от 600 до 900 мл); от 2 до 4 месяцев -1/6 массы тела (800-1000 мл), от 4 до 6 месяцев-1/7 массы тела (от 900 до 1000 мл), от 6 месяцев до 1 года -1/8-1/9 массы тела (1000 - 1200 мл). Этот объем не включает чай, воду и соки. Безусловно, ориентировочный объем питания, рассчитанный с помощью того или иного метода, должен быть уточнен для каждого ребенка с учетом его аппетита, состояния здоровья, физического развития и др.

Введение продуктов и блюд прикорма детям, находящимся на смешанном и искусственном вскармливании, мало отличается от схемы введения прикорма при естественном вскармливании . При необходимости отдельные виды прикорма могут быть введены в более ранние сроки. Это обусловлено тем, что дети, находящиеся на искусственном вскармливании, получают в составе заменителей женского молока значительное количество "чужеродных" пищевых веществ, что ведет к известной адаптации ребенка к "чужеродному" питанию.

В частности, соки и фруктовые пюре по индивидуальным показаниям могут быть введены не с 3 и 3,5 месяцев, соответственно, а раньше - с 1,5 и 2 месяцев. По показаниям, о которых уже говорилось ранее, первым может быть введен не овощной, а злаковый прикорм. Кефир и другие цельные неадаптированные кисломолочные продукты могут быть введены в рацион с 6-7 месяцев. Вместо коровьего молока также, как и при естественном вскармливании, предпочтительнее использовать "последующие" смеси.

. Рахит. Этиология и предрасполагающие факторы. Профилактика

Рахит - заболевание детей грудного и раннего возраста с расстройством костеобразования и недостаточностью минерализации костей, ведущим патогенетическим звеном, которого является дефицит витамина D и его активных метаболитов в период наиболее интенсивною роста организма.

Этиология

Первичный витамин D-дефицитный рахит имеет следующие причинные и предрасполагающие факторы:

. Дефицит солнечного облучения и пребывания на свежем воздухе, так как 90% эндогенно образующегося витамина D, (холекальциферола) в организме синтезируется в коже под влиянием солнечного облучения.

. Пищевые факторы. Установлено увеличение частоты и тяжести рахита в группах детей:

а) получающих при искусственном вскармливании неадаптированные для грудных детей смеси (в которые, в частности, не добавлен витамин D);

б) длительно находящихся на молочном вскармливании (1л женского молока содержит 40-70 ME витамина D3, а коровьего - 5-40 ME), с поздним введением прикормов (1 г желтка куриного яйца содержит 140-390 ME витамина D3);

в) получающих преимущественно вегетарианские прикормы (каши, овощи) без достаточного количества животного белка (желток куриного яйца, мясо, рыба, творог), масла.

. Перинатальные факторы. Недоношенность предрасполагает к рахиту благодаря тому, что наиболее интенсивное поступление кальция и фосфора от матери к плоду происходит в последние месяцы беременности. Недоношенность, также как и осложненное течение беременности с плацентарной недостаточностью, приводящее к задержке внутриутробного развития, сочетается с гораздо меньшими запасами в организме и более низкими уровнями витамина D и его метаболитов в крови вены пуповины. В то же время, нерациональное питание и режим жизни беременной (мало прогулок, недостаток двигательной активности) могут привести к сравнительно меньшим запасам витамина D, Са, Р при рождении и у доношенного ребенка обусловить более раннее возникновение рахита.

Причинами, вызывающими вторичный витамин-D дефицитный и минералодефицитный рахит, могут быть:

. Патология кишечника.

. Хронические заболевания печени и почек приводят к снижению интенсивности образования обменно-активных форм витамина D3.

. длительное назначение противосудорожных средств, длительное применение мочегонных препаратов и парентерального питания способствует не только дефициту кальция, но и дефициту витамина D; некротизирующий энтероколит.

. Экологические факторы. Избыток в почве и, соответственно, и в продуктах питания стронция, свинца, цинка и других металлов приводит к частичному замещению ими кальция в костях и способствует развитию не только рахита, но и остеомаляции, остеопороза.

. Недостаточная двигательная активность вследствие не только перинатальных энцефалопатии, но и отсутствия в семье элементов физического воспитания (массаж, гимнастика и др.), ибо кровоснабжение кости существенно повышается при мышечной деятельности.

. Наследственные аномалии обмена витамина D и кальциево-фосфорного обмена.

. Дети с очень низкой массой тела при рождении.

. Полигиповитаминозы.

. Хронические инфекционные процессы.

Профилактика рахита

Профилактика рахита должна быть неспецифической и специфической. Работу по предупреждению рахита необходимо проводить еще до рождения ребенка (антенатальная профилактика). Пища беременной женщины должна быть полноценной в отношении количества килокалорий, белков, жиров и углеводов, минеральных солей и витаминов. Будущая мать должна вести рациональный образ жизни, широко пользоваться естественными факторами природы (прогулки и пр.).

Специфическая профилактика. Суточная потребность беременной в витамине D составляет 400 ME. В последние 3-4 мес. беременности рекомендуют принимать поливитаминные препараты с содержанием витамина D.

Постнатальная профилактика рахита начинается с первых дней жизни: естественное вскармливание (с дальнейшим своевременное введение прикормов), прогулки, закаливание, массаж и гимнастика. Специфическую профилактику рахита начинают с 4-недельного возраста (у недоношенных с 10-14-го дня жизни) назначением 500 ME витамина D и проводят круглогодично в сочетании с назначением витаминов С, В1, и В2, В5 на 2 нед в месяц. Назначение витамина D можно чередоваться с проведением курса УФО (15-20 сеансов 2 раза в год). После курса УФО витамин D в течение 3-4 нед не назначают. Ввиду того, что у некоторых детей может быть повышенная чувствительность к витамину D. Для предупреждения рахита используют масляные и водные растворы. Оптимально для профилактики использовать водорастворимую форму витамина D, содержащую в 1 капле 500 ME.

Специфическую профилактику рахита в осенне-зимний период необходимо продолжать и на 2-3-м годах жизни, ибо критическими периодами для формирования генетически запрограммированного пика костной массы являются первые три года жизни ребенка и пубертатный период. Упущенные возможности в эти периоды нарушают оптимальное физиологическое развитие скелета в дальнейшей жизни. В особо неблагоприятных условиях находятся дети, не употребляющие молоко и молочные продукты. Получающие систематически противосудорожные препараты, имеющие патологию пищеварительной системы. Дискуссионным является и вопрос о противопоказаниях для начала специфической профилактики рахита у доношенных и, особенно, у недоношенных детей. Практические врачи нередко воздерживаются от специфической профилактики рахита у детей с "маленьким" большим родничком, детей с энцефалопатиями, особенно постгеморрагическими. Как показали многие исследования, малые размеры большого родничка и постгипоксические энцефалопатии не являются противопоказаниями для назначения профилактических доз витамина D. Вместе с тем, вероятно, целесообразно воздерживаться от назначения повышенных доз витамина D до полутора месяцев жизни детям с постгеморрагической энцефалопатией.

. Причины и основные симптомы пиелонефрита у детей

Пиелонефрит - одно из наиболее частых заболеваний детского возраста и занимает второе место после заболеваний верхних дыхательных путей. У детей в первые 5 лет жизни пиелонефрит встречается в 3-4 раза чаще, чем в последующие годы. Девочки заболевают пиелонефритом в 3 раза чаще мальчиков.

Причиной являются различные бактериальный инфекции. Существуют три критических периода развития ребенка, когда механизмы защиты от инфекций органов мочевой системы особенно снижены:

От рождения до 2-3 лет. От 4-5 до 7-8 лет. Подростковый период.

У маленьких детей моча вообще не имеет антимикробных средств (антибиотики), к тому же до 4-5 летнего возраста дети физиологически (в норме) неспособны полностью опорожнять мочевой пузырь. Часто инфекция может переходить с половых органов, но это более актуально в старшем возрасте. Рост заболеваемости пиелонефритом у детей во многом обусловлен пониженной сопротивляемостью к инфекциям вследствие длительного и нередко необоснованного применения различных антибиотиков.

Причины и развитие пиелонефрита у детей

Часто источником инфекции при пиелонефрите становится какой-либо хронический очаг - кариозные зубы, тонзиллит и т.п. В ряде случаев причиной пиелонефрита может быть внутриутробная инфекция. Считается, что между болезнями человека и осложнениями во время беременности, родов и раннего послеродового периода существует тесная связь, ведь к моменту рождения развитие почек еще не завершено и они очень уязвимы. По данным педиатров, около 50% детей, прошедших реанимацию новорожденных, имеют поражения почек. Полагают, что в этих случаях одним из главных повреждающих факторов является гипоксия (кислородное голодание). Наиболее частый возбудитель пиелонефрита - кишечная палочка. Развитию пиелонефрита способствует наличие определенных условий: прежде всего снижение общей устойчивости (иммунитета) организма, наблюдаемое нередко у детей грудного возраста. В развитии пиелонефрита у детей большое значение имеют врожденные и приобретенные заболевания почек и мочевых путей, сопровождающиеся нарушением тока мочи (нарушения проходимости мочеточника, стенозы уретры, гидронефроз, поликистоз почек). Наиболее часто, особенно у мальчиков, встречается пузырно-мочеточниковый рефлюкс (состояние, когда существуют условия для обратного заброса мочи из мочевого пузыря в почки).

Формы пиелонефрита у детей и их симптомы

Различают первичный и вторичный пиелонефрит. Для первичного пиелонефрита характерно отсутствие изменений мочевой выделительной системы, способных вызвать застой мочи, то есть болезнь развивается у практически здорового ребенка. Вторичный пиелонефрит развивается главным образом при аномалиях развития мочевыделительной системы (врожденные нарушения строения почек, мочевого пузыря и мочеточников). По течению заболевания выделяют две формы пиелонефрита:

Острый пиелонефрит. Хронический пиелонефрит.

Острый пиелонефрит начинается, как правило, с повышения температуры до 38-40 C, нередко сопровождается ознобом, потливостью, головной болью, иногда рвотой. Коварство пиелонефрита у детей состоит в том, что маленький ребенок практически никогда не пожалуется ни на боли при мочеиспускании, ни на тяжесть в пояснице. Проявления пиелонефрита у детей достаточно разнообразны. Например, у новорожденных единственным признаком заболевания может быть затянувшаяся желтуха. Наиболее частыми признаками пиелонефрита у детей грудного возраста служат симптомы общей интоксикации:

Повышение температуры 38-40 C .Беспокойство. Снижение аппетита. Тошнота, рвота. Нарушение сна.

Дети в возрасте до 5 лет обычно жалуются на боли в области живота без определенной локализации, подташнивание. И только после 5 лет появляются симптомы характерные для поражения мочевой системы: неприятные ощущения при мочеиспускании, боли в надлобковой и поясничной областях.

Прогноз при остром пиелонефрите благоприятный. Даже в тяжелых случаях, при правильном и своевременно начатом лечении острый пиелонефрит часто заканчивается полным выздоровлением. Через несколько дней исчезают клинические симптомы, через 6-12 дней нормализуются анализы мочи, крови, восстанавливается функция почек. Переходу острого пиелонефрита в хронический способствуют врождённые и предшествующие приобретённые заболевания почек.

Пиелонефрит протекающий более одного года или при наличии двух или более обострений в этот период называется хроническим. Эта форма заболевания протекает или в виде периодически повторяющихся обострений с более или менее длительными бессимптомными периодами (рецидивирующее течение), или скрыто (латентное течение). При рецидивирующем течении в период обострений нередко наблюдается:

Лихорадка(38-40 C), озноб. Болевой синдром.

Дизурические явления (боли при мочеиспускании, изменение окраски мочи, частые мочеиспускания). Часто при хронической форме пиелонефрита у детей выражена инфекционная астения: раздражительность, быстрая утомляемость, плохая успеваемость в школе. Артериальная гипертония при хроническом пиелонефрите у детей, в отличие от взрослых, наблюдается реже и как правило наблюдается у больных с вторичной формой заболевания. Течение хронического пиелонефрита медленное и длительное. У части больных заболевание длится несколько десятилетий, начинаясь в детстве и продолжаясь до пожилого возраста. Исход болезни зависит от распространенности инфекции, состояния мочевых путей, от частоты повторяющихся обострений и других факторов. Неблагоприятное течение заболевания со смертельным исходом чаще наблюдается у детей с вторичным хроническим пиелонефритом.

5. Организация и оказание неотложной сестринской помощи при гипертермическом синдроме у детей

Тактика медицинской сестры

Цель: снижение температуры тела

При "красной" гипертермии

Ребенка раскрыть. Успокоить. Обеспечить доступ свежего воздуха, не допуская сквозняков. Теплое питье.

Сообщить дежурному врачу (фельдшеру) через третье лицо.

Полуспиртовое обтирание.

Обтереть влажным тампоном, дать обсохнуть. Повторить 2-3 раза. Контроль пульса, дыхания, температуры тела.

Температура снизилась.

При "белой" гипертермии

Вызвать врача, скорую медицинскую помощь "03". Сообщить дежурному врачу (фельдшеру) через третье лицо.

Уложить, согреть конечности (при необходимости обложить теплыми грелками), растереть мягкой тканью кожу до легкого покраснения, рядом с головой подвесить (или расположить) пузырь со льдом - до 1 года на расстоянии 7-10 см, старше года на расстоянии 3-4 см. Обеспечить доступ свежего воздуха. Теплое питье. Уложить, согреть конечности при необходимости обложить грелками), растереть мягкой тканью кожу до легкого покраснения, рядом с головой подвесить (или расположить) пузырь со льдом - до 1 года на расстоянии 7-10 см, старше года на расстоянии 3-4 см. Оксигенотерапия. Теплое питье. Внутрь парацетамол 10-15 мг/кг (или ректально 15-20 мг/кг), папаверин или но-шпа 1 мг/кг.

6. Задачи по питанию

Задача

Возраст 6 месяцев. М.т. при рождении=2800 г. Искусственное вскармливание.

Долженствующая масса тела=7600 г. Кол-во калорий=874 к/кал в сутки.

Согласно рекомендациям ВОЗ, деткам, находящимся на полном искусственном вскармливании, прикорм вводится несколько раньше, чем грудничкам, - на 5,5-6 месяце. Начинать желательно с овощного пюре (кабачок, цветная капуста, картофель). Отваренные или приготовленные их на пару овощи, измельчите при помощи блендера. Можно протереть через крупное металлическое ситечко или помять вилкой (до однородной консистенции). Чтобы вкус пищи не был слишком необычным, в пюре можно добавить смесь. С каш искусственникам начинать не стоит. Их в качестве первого прикорма назначают деткам, которые хуже набирают вес. Новое блюдо дают перед кормлением смесью (лучше до обеда, тогда можно проследить реакцию организма). Для первого раза достаточно половины чайной ложки. Далее нужно докормить адаптированным молочком. Если после первого кормления нет ни сыпи, ни расстройства пищеварения, то на второй день дай 1-2 чайные ложки того же овощного пюре. На третий - около 30 г. Чтобы разнообразить вкусовую палитру, положи в пюре еще один продукт (кабачок + картофель, цветная капуста + картофель), добавь пару капель растительного масла (оливковое). Постепенно увеличивая порцию овощей и уменьшая количество смеси, в течение 10-12 дней доводят до полного объема одного кормления. Когда прикорм достигнет 120-150 г овощного пюре, молочко давать уже не нужно. Теперь пора заменять второе кормление (после обеденного сна). В этот раз можно приготовить кашу или фруктовое пюре. Приблизительно к 6,5-7 месяцам заменяются два кормления, одно - утром, другое - вечером. В остальное время - как обычно, смесь.

Суточную норму воды для ребенка до года можно вычислить по формуле: (количество месяцев) х 50мл. Давать компоты из свежих или сухих фруктов.

После введения прикорма необходимо установить 5-разовый режим кормления.

Примерный суточный рацион для ребенка 6 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании:

· I кормление - 6 часов, адаптированная пресная или кисломолочная смесь 200 мл;

· II кормление - 10 часов, молочная каша 150 г, сливочное масло 4 г, фруктовое пюре 60 г;

· III кормление - 14 часов, овощное пюре 150 г, растительное масло 3 г (1/2 ч.л.), желток 0,25 г (1/4), фруктовый сок 30 мл;

· IV кормление - 18 часов, адаптированная молочная смесь 150 мл, творог 40 г, фруктовый сок 30 мл, печенье 3 г;

· V кормление - 22 часа, адаптированная пресная или кисломолочная смесь 200 мл.

Задача

Возраст 4,5 мес. М.т. при рождении=3000 г. ФМ=4 кг. Подготовительный период. Искусственное вскармливание. Диагноз: Дистрофия по типу гипотрофии III ст.тяжести.

Долженствующая масса тела=6600 г. Кол-во калорий=759к/кал.

Используются три этапа диетотерапии:

первый этап - разгрузки и минимального питания;

второй этап - промежуточный (переходный от минимального к оптимальному питанию);

- третий этап - оптимального питания.

На первом этапе объем смеси при гипотрофии III степени ⅓; остальное количество назначается в виде жидкости (чай, каротиновая смесь, овощной отвар, соки, оралит). Число кормлений устанавливается при гипотрофии III степени - 10 кормлений.

Назначают белков 0,7-2 г; жиров - 2-4 г, углеводов - 8-10 г.

На втором этапе промежуточного кормления постепенно увеличивается объем смеси до объема на долженствующую массу тела таким образом, чтобы ребенок получал на этом этапе ⅔ смеси и ⅓ в первые 5-7 дней промежуточного питания - лечебную смесь обезжиренную, но богатую белком "Роболакт". Через 5-7 дней питание заменяется смесью с достаточным количеством белка и жира, введением углеводов до 14-15 г/кг. Назначается белковый энпит в 15% концентрации до 100 мл в сутки в несколько приемов. Для увеличения жира используют жировой энпит, бифилин. На этапе промежуточного питания ребенок получает белков - 2,5-3 г/кг, жиров - 5-5,5 г/кг, углеводов - 12-15 г/кг.

Критериями эффективности диетического лечения являются нормализация аппетита, результаты копрологического исследования, ежедневные прибавки массы тела на 25-30 г, повышение эмоционального статуса, улучшение тургора тканей и мышечного тонуса.

На этапе усиленного (оптимального) питания ребенок получает пищу соответственно возрасту, количество калорий до 140-160 кг/сут фактической массы тела, 4,5-5 г - при искусственном, на этом этапе количество углеводов должно составлять 16-17 г/кг. При хорошей переносимости назначенного питания через 3-4 дня рацион постепенно обогащают жирами до 7-8 г на 1 кг фактической массы тела за счет добавления 10% сливок, жирового энпита и растительного масла с капель до 0,5 мл/кг массы в сутки.

На всех этапах проводится заместительная терапия с использованием панкреатических ферментов с добавкой компонентов желчи - панзинорм, фестал, панкуфмен, мезим форте и препаратов, направленных на нормализацию биоценоза кишечника: лизоцим, бактериофаги (интестифаг, пиобактериофаг), биологически активные добавки "БАД-1Л" (с лизоцимом), "БАД-1Б" (с бифидобактерином), "БАД-2" (с лизоцимом и бифидобактерином). Средства метаболической терапии: коферментные препараты - продукты биотрансформации витаминов (фосфаден, липамид, карнитина-хлорид, кобамид). Назначается комплекс витаминов С, В1, В2, В6, В13, РР, Е, А. При наличии очагов инфекции у ребенка проводят курс антибиотиками: амоксициллин, цефалоспорины 3-4-го поколений и др.

В комплексном лечении гипотрофии большое значение имеют массаж и ЛФК, которые назначают тогда, когда энергетическая ценность пищи достигает потребных величин. Длительность занятий 15-18 мин. при гипотрофии III степени (включают преимущественно поглаживающий массаж туловища и конечностей, рефлекторные упражнения, выкладывание на живот).

При гипотрофии III степени прогноз зависит от степени поражения ЦНС и эндокринного аппарата. Диспансерное наблюдение осуществляет врач-педиатр 2 раза в месяц с определением антропомерических данных, 1 раз в месяц исследований крови, мочи, копрограммы. При необходимости привлекаются специалисты - Невролог, ЛОР-врач. При гипотрофии III степени - до 5-6 мес. Проведение профилактических прививок осуществляется по индивидуальному плану.

Ситуационная задача

Девочке 14 лет. Жалобы на слабость, головокружение, утомляемость, головные боли. Общий анализ крови гемоглобин- 68 г/л, эритроциты 2,3 \* 1012/л, лейкоциты 4,0 \*109/л. Палочкоядерные 2%, сегментоядерные 35%, лимфоциты 55%, моноциты 5%, СОЭ=8 мм/час, пойкилоцитоз +++, анизоцитоз +++, тромбоциты 100 \*109/л, длительность кровотечения по Дуке 5 мин, 2 с.

. Оцените гематологические показатели (в т.ч. вычислите цветовой показатель, дайте название выявленных симптомов).

. Ваш предположительный врачебный диагноз.

. Настоящие и потенциальные "проблемы пациента".

. Ваш сестринский диагноз на данный момент.

. Ваша тактика по решению проблем пациента?

. Нужно ли организовать консультацию специалистов (каких)?

В данном случае имеет место анемия средней степени тяжести, вероятно, вызвана пубертатным периодом, гормональными перестройками и началом менструаций. Анемия развилась за счет кровопотерь с менструациями и невозможность организма компенсировать данные потери.

В анализе крови гипогемоглобинемия, гипоэритроцитемия, гипотромбоцитемия, нарушение системы тромбоцитарного гемостаза.

В настоящее время приоритетными считаются проблемы связанные с кислородным голоданием на фоне выраженной анемии - астеновегетативный синдром, а также, повышенный риск кровотечения.

В плане дальнейшей тактики на первое место выходит восполнение недостатка гемоглобина, эритроцитов в организме пациентки путем введения парентеральных препаратов железа до повышения уровня гемоглобина до 75 г/л и выше, затем возможен переход на пероральный прием препаратов железа.

К тому же необходимо выявление причин развившегося состояния.

Диагноз железодифицитной анемии и латентного дефицита железа основывают на изложенных выше лабораторных критериях. Основной показатель-содержание феррина в сыворотке крови. При невозможности получить все указанные данные можно ориентироваться на следующие показатели, доступные в любом медицинском учреждении.

Концентрация гемоглобина.

Цветовой показатель у данной пациентки составляет 0,88.

Морфология эритроцитов в мазке периферической крови.

Коэффициент Лоицки рассчитывают следующим образом: коэффициент Лоицки=(гематокрит,%)/(гемоглобин,%). В норме - менее 3,1.

Результат от лечения препаратами железа при приеме внутрь: через 10-14 дней концентрация гемоглобина повышается ежедневно на 1-4 г/л, содержание ретикулоцитов увеличивается до3-4%(ретикулоцитарный криз).

Данной пациентке необходим забор крови на сывороточное железо, ОЖЖС, биохимический анализ крови. Консультация гинеколога, при необходимости гематолога, УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

Ситуационная задача

Ребенок от 2 беременности (1-я- медаборт), протекавшей с угрозой прерывания. У матери группа крови А(ll), резус- отрицательный. Роды на сроке 36 недель. Оценка по Апгар при рождении 7 баллов. М.т.=2400г. Длинна тела 45 см, группа крови А(ll), резус- положительный. Ребенок при рождении вялый, рефлексы ослаблены, плохо сосет, не удерживает тепло. Состояние ухудшилось через 6 часов - резкое снижение мышечного тонуса и рефлексов, срыгивание, появилась желтушность кожи и склер, тоны сердца приглушены, печень ниже реберной дуги на 4 см, селезенка на 1 см, моча темная.

В анализе крови гемоглобин - 140 г/л, эритроциты 4,3 \* 1012/л, лейкоциты 22 \*109/л. Уровень билирубина в пуповинной крови 35 мкмоль/л, через 6 часов после рождения - 280 мкмоль/л.

. Оцените гестационный возраст, физическое развитие и проблемы ребенка при рождении.

. Ваши организационно-тактические мероприятия по ведению ребенка после рождения?

. Оцените состояние ребенка и возникшие проблемы через 6 часов, определите потенциальные проблемы.

. Интерпретируйте анализы крови.

. Ваш сестринский диагноз (диагнозы) на данный момент?

. Ваша тактика по обеспечению лечебного процесса необходимым персоналом, оборудованием и препаратами (перечислите порядок Ваших организационных и лечебных мероприятий и перечень всего необходимого для ведения данного ребенка)?

Диагноз: ГБН, обусловленная резус-конфликтом, желтушная форма, тяжелая степень.

Лечение ГБН - комплексное, направленное на быстрейшее удаление из организма новорожденного токсических продуктов гемолиза, главным образом непрямого билирубина, а также антител, способствующих продолжению гемолитического процесса, и на повышение функциональной способности различных систем и органов, особенно печени и почек.

Наиболее эффективным методом борьбы с гипербилирубинемией при тяжелых и средней тяжести формах заболевания является раннее обменное переливание крови из расчета 150-180 мл/кг массы новорожденного. Рано примененное обменное переливание крови позволяет корригировать анемию, вывести значительную часть сенсибилизированных эритроцитов, что, в свою очередь, ограничивает развитие гемолитического процесса и устраняет некоторое количество билирубина до его распределения в более значительных количествах в экстраваскулярном пространстве.

Наиболее целесообразно и технически легко выполнимо проведение обменного переливания через пупочную вену. После обработки пуповины и прилегающей кожи спиртом конец пуповины надсекают на расстоянии 2-3 см над уровнем пупочного кольца и в вене фиксируют катетер. Через катетер вводят 20 мл раствора альбумина или плазмы с целью связывания непрямого билирубина, затем через 5-10 мин попеременно дробными порциями по 20 мл медленно выводят кровь ребенка и вводят кровь донора. После переливания 100 мл донорской крови для нейтрализации цитрата натрия вводят 2 -3 мл 10% раствора глюконата кальция. В конце операции для коррекции ацидоза, который обычно усиливается во время переливания, вводят 10 мл 5% раствора гидрокарбоната натрия, а также антибиотик. На остаток пуповины накладывают лигатуру и стерильную повязку. Также, переливания крови проводится дезинтоксикационная терапия: обильное введение жидкости внутрь, внутривенное переливание плазмы, альбумина, глюкозы (100-250 мл). Обменное переливание крови у новорожденных сопряжено с рядом осложнений, если не учитывать биохимические изменения, которые могут наступить во время этой манипуляции.

В комплекс основных лечебных мероприятий при желтушном варианте заболевания включается гемосорбция - удаление билирубина из крови при прохождении ее через сорбент. Иногда после гемосорбции продолжается гемолиз эритроцитов и в связи с накоплением билирубина производится повторная гемосорбция или заменное переливание крови.

После заменного переливания крови или в случаях более легкого течения желтушных форм заболевания, когда концентрация непрямого билирубина в крови не достигает критических цифр, используют консервативные методы.

С целью повышения детоксикационной функции печени назначают фенобарбитал. Его применяют уже с первого-второго дня в дозе 5 мг/кг массы тела 2-3 раза в сутки до исчезновения желтухи.

С целью абсорбции билирубина в полости кишечника внутрь назначают карболен Q-fa в таблетках 4 раза в сут. С той же целью используется внутрижелудочное введение (капельно) глюкозы (100 мл 5% раствора), плазмы или альбумина (50 мл 5% раствора), а также витаминов и сульфата магния.

Введение витаминов В1 и В2 по 0,5 мл, С по 100-200 мг, 25 мкг кокарбоксилазы. Для улучшения функции печени и стабилизации нарушенных обменных процессов назначают аденозитрофосфорную кислоту (АТФ) по 0,5 мл внутримышечно, метионин, аскорбиновую кислоту, пиридоксин, цианокобаламин, токоферол по 10 мг через рот.

Учитывая, что при ГБН в тяжелых случаях возможно токсическое поражение надпочечников, с заместительной целью назначают внуть кортикостероиды (преднизолон по 1-2 мг/кг) коротким курсом (5-8 дней).

Кормление детей с гемолитической болезнью в первые дни принято проводить донорским или пастеризованным материнским молоком (при пастеризации антитела разрушаются). В первые 7-12 дней от кормления грудью воздерживаются в связи с возможностью проникновения антител из молока через желудочно-кишечный тракт в кровь ребенка. Для решения вопроса о времени прикладывания к груди руководствуются также определением антител в молоке.

Положительное влияние на течение и исход желтушного варианта гемолитической болезни оказывает гипербарическая оксигенация, при которой заметно снижается уровень билирубина, улучшается общее состояние, уменьшается действие билирубиновой интоксикации на мозг. Гипербарическая оксигенация проводится в барокамерах отечественного производства (например, БК-04) при рабочем давлении 0,5-0,8 атм (избыточная атмосфера), чистым увлажненным кислородом. Обычно требуется 2 - 6 сеансов, а в очень тяжелых случаях заболевания - до 11-12 сеансов. Лечение в барокамере проводят ежедневно, 1 сеанс в сутки, и лишь при значительной гипербилирубинемии ребенок получает в 1-й день лечения 2 сеанса. При отсутствии барокамеры целесообразно использовать ингаляции кислорода.

Показана также фототерапия (облучение новорожденных лампами "синего или голубого" света): сеансы по 3 ч с интервалами 1-2 ч, т. е. до 12-16 ч в сутки (фототерапия занимает от 2 до 6 суток). Под действием света билирубин окисляется, превращаясь в биливердин и другие нетоксические вещества.

В настоящее время фототерапия является наиболее подходящим методом регулирования уровня билирубина у новорожденных.

В практике необходимо иметь в виду следующие предохранительные меры:

Перед применением фототерапии следует, по возможности, определить этиологию гипербилирубинемий во избежание пропуска угрожающего жизни состояния;

Осуществлять защиту глаз;

Контролировать температуру ребенка;

Контролировать водный баланс (2 раза в день измерять у ребенка температуру, количество и удельную массу мочи, гематокрит) и при необходимости вводить большее количество жидкости;

Исследовать билирубин каждые 12 ч, а при показаниях и чаще, не рассчитывая на оценку тяжести желтухи по цвету кожи

Контролировать число тромбоцитов;

Исследовать гематокрит, в особенности при гемолитической болезни;

Применять питательную смесь без лактозы при диспептических фекалиях, содержащих увеличенное количество редуцирующих веществ.

Вопрос о повторных заменных переливаниях крови решается по темпам нарастания уровня билирубина в динамике. У доношенных новорожденных такие показания возникают при почасовом приросте содержания билирубина более 5,13 мкмоль/л, или следует ориентироваться на уровень билирубина, который превышает критические цифры (по шкале Полачека): уровень непрямого билирубина у доношенных свыше 306.

Дети с ГБН нуждаются во внимательном уходе, правильном вскармливании.

Если ребенок не получал заменного переливания крови, то его необходимо в течение первых 2-3 нед. кормить донорским молоком, ориентируясь при этом не только на содержание резус-антител в молоке матери, но и на тяжесть течения болезни.

Детей, леченных заменными переливаниями крови, кормить молоком матери можно начинать в более ранние сроки (с 5-7-го дня жизни).

После проведенного лечения в остром периоде заболевания, при выписке из родильного дома или больницы ребенку необходимо с 3-недельного возраста до 2 мес. каждые 10-14 дней делать анализ крови и при снижении гемоглобина провести курс лечения витамином В12 по 50 мкг через день, 10-12 инъекций на курс. Детям с поражением центральной нервной системы назначают курс витамина В12 - по 50 мкг через день, на курс 20 инъекций.

Прогноз. Дети, перенесшие гемолитическую болезнь новорожденных и своевременно леченные достаточными по объему обменными переливаниями крови, в дальнейшем обычно хорошо развиваются. Больные ГБН в форме тяжелой желтухи с гипербилирубинемией выше "критических" цифр в остром периоде, не леченные своевременно заменными переливаниями крови, могут погибнуть в течение первых дней жизни. У оставшихся в живых при развитии в остром периоде ядерной желтухи в дальнейшем обнаруживается органическое поражение ЦНС, которое проявляется отставанием в физическом и психическом развитии, поражением слуха и нарушением речи.

Дети с остаточными явлениями в состоянии ЦНС нуждаются в восстановительной терапии. За ними должен быть налажен хороший уход, им проводится массаж, назначается медикаментозная терапия - глутаминовая кислота, витамины комплекса В (В6, В1, В12), аминалон.

Ситуационная задача

Ребенок 10 месяцев поступил в клинику с жалобами на кашель и одышку. Начало заболевания острое три дня назад с повышения температуры до 38,50 С. Сухого кашля и насморка; сегодня температура снизилась, кашель стал влажным, но появились дистантные хрипы и состояние ухудшилось. Мальчик родился с М.т.=3700 г, с первых дней отмечались симптомы ЭКД. Вскармливание искусственное. В возрасте 5 и 8 мес. Переболел ОРВИ. Объективно: М.т.=10.600 г, Т=37,10 С. Ребенок очень беспокойный и одновременно вялый. Кожа бледная с выраженным периоральным цианозом. ЧСС-140 уд. в мин., тоны сердца приглушены. ЧД=70 уд в мин. Втяжение межреберий, и раздувание крыльев носа, выдох затруднен. Над легкими перкуторный звук высокий коробочный, с обеих сторон большое количество сухих свистящих и мелкопузырьчатых влажных хрипов.

. Оцените состояние ребенка и перечислите возникшие проблемы в порядке их важности.

. Ваш сестринский диагноз (диагнозы) на данный момент?

. Нуждается ли ребенок в неотложной помощи?

. Ваша тактика (перечислите порядок организационных и лечебных мероприятий и перечень всего необходимого для ведения данного ребенка).

Диагноз: Острый бронхиолит.

Выявление нарушенных потребностей и проблем пациента.

Нарушены потребности

Проблемы пациента

. Дышать: кашель, нехватка воздуха, сдавление в груди, одышка

. Адекватно питаться: снижение аппетита, отставание в весе

. Выделять: неэффективное очищение дыхательных путей

. Двигаться: недомогание, возбуждение, вялость

. Спать: нарушение сна

. Личная гигиена: потливость

.Поддерживать нормальную t0: повышение температуры тела

. Адаптации: беспокойство, тревога по поводу заболевания, страх по поводу исхода болезни

. Общаться: капризность, плохой контакт

. Труд, учёба: быстрая утомляемость

. Приоритетная проблема: кашель, удушье, одышка

. Потенциальные проблемы: риск развития осложнений

Схемы базисного ухода.

. План сестринского ухода при бронхиолите.

Цели:

Краткосрочная - не допустить развития выраженной клинической картины заболевания, развития осложнений, уменьшить выраженность одышки в течение недели

Долгосрочная - устранить симптомы болезни к моменту выписки.

План сестринского вмешательства

Мотивация

Независимые вмешательства

Информировать больного и его родственников о заболевании и возможных осложнениях

Обеспечение права пациента на информацию

Осознанное участие ребёнка и его родственников в мероприятиях ухода

Ограничение контактов

При госпитализации ребёнка обеспечить "цикличное" заполнение палат

Опасность развития "перекрёстной" инфекции

Организовать масочный режим

Предотвращается воздушно - капельный путь передачи

Организовать в острый период постельный режим

Предупреждение развития осложнений

Обеспечить доступ свежего воздуха

Устранение гипоксии

Создать ребёнку возвышенное положение в постели

Для облегчения дыхания (за счёт уменьшения притока крови к лёгким, опущения диафрагмы)

Обеспечить в помещении, где находится ребёнок температуру 180 - 200

Для облегчения отхождения мокроты, облегчения дыхания

Организовать проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание

Для улучшения чистоты воздуха, уменьшения концентрации возбудителей

Организовать ребёнку двигательный режим, дренажное положение, удаление слизи и секрета верхних дыхательных путей

Для улучшения отхождения мокроты, предупреждения застойных явлений в лёгких

Проводить туалет кожи, слизистых оболочек носоглотки, глаз

Для обеспечения выполнения кожей дыхательной функции и облегчения состояния больного

Обеспечить регулярность физиологических отправлений

Ослабление и устранение симптомов интоксикации

Облегчения дыхания (при запорах отмечается подъём диафрагмы, что затрудняет экскурсию лёгких)

При организации труда и отдыха уменьшить нагрузки

Снижение дополнительных затрат кислорода и снижение риска развития дыхательной недостаточности

Организовать питание малыми порциями (включать сок квашеной капусты, цитрусовые - лимоны, киви, мандарины, апельсины, грейпфруты, салат из свежей капусты)

Для облегчения экскурсии лёгких

Устранение симптомов интоксикации

Организовать обильное питьё (горячий чай, клюквенный, брусничный морсы, щелочные минеральные воды с молоком и др.)

Для устранения интоксикации

Зависимые вмешательства

Выполнить назначения врача:

) антибактериальные средства через рот, в/м, в/в (пенициллины, амоксициллины, макролиды, цефалоспорины 1, 2, 3 поколений)

) противовирусные средства

) парацетамол 10-15 мг/кг через рот; анальгин 50% раствор - 0,1 мл/год жизни в/м)

) эуфиллин 2,4% раствор - 1 мл/год в/в, 2-4 мг/кг через рот, 1% раствор - по 1 ч л 3 раза в день)

) кальция пантотенат - по Ѕ - 1 драже 2-3 раза в день, кокарбоксилаза 50-100 мг в сутки в/м, 5% раствор аскорбиновой кислоты 200-400 мг в сутки в/м)

) трава термопсиса, корень алтея, мукалтин, пертусин, грудной эликсир и др.

) бромгексин, амброксол (лазолван) 8) гемодез 5-10 мл/кг в/в

) коргликон 0,06% раствор, детям до 2 лет - 0,02 мл/кг, старше 2 лет 0,016-0,017 мл/кг)

) витамины

) преднизолон по показаниям

) горчичники на грудную клетку, тёплые ножные ванны

) оксигенотерапия

) физиотерапия

) вибромассаж, дыхательная гимнастика

) иммунотерапия

Особенности лечения: оксигенотерапия, дополнительное введение жидкости, антибактериальная терапия, кардиотонические препараты и глюкокортикоиды. Лечение бронхиолита у детей направлено на коррекцию дыхательной недостаточности. Показано применять оксигенотерапию (увлажненный кислород в концентрации не более 40%, кислородная палатка) по 10-20 минут каждые 2 часа или 2-3 раза в сутки в течение 5-8 дней, в случае ее неэффективности проводят вспомогательную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением на выдохе.

Сохранение цианоза при дыхании 40% кислорода, гиперкапния (РС02 55 мм рт. ст. и выше), гипоксемия (р02 ниже 60 мм рт. ст.) - это серьезные показания для перевода на искусственную вентиляцию легких. Обязательно удаляют механически слизь из верхних дыхательных путей электротсосом, посдуральным дренажем и вибрационным массажем, с последующей ингаляционной терапией щелочными растворами.

Одышка сопровождается обезвоживанием, поэтому нужна регидратация в виде обильного питья (оралит, регидрон), инфузионная терапия с учетом рН крови и электролитного состава, необходимость назначения антибиотиков (парентеральное введение цефалоспориновых антибиотиков) диктуется тяжелой дыхательной недостаточностью.

Согласно патогенезу при развитии острого бронхиолита у детей поражается миокард и появляется сердечно-сосудистая недостаточность, поэтому в терапии вводят препараты кардиотонические в 0,05% раствор строфантина, 0,06% раствор коргликона в/м до и в год по 0,1-0,15 мг., с 1 до 6 лет - по 0,2-0,3 мл. больным с тяжелой дыхательной недостаточностью. При подозрении на недостаточность надпочечников и в случае облитерирующего бронхиолита показано назначать глюкокортикоиды (2-3 мг на 1 кг массы тела в сутки парентерально и местно в скулы через небулайзер или спейсер). При снижении дозы глюкокортикоидов назначается эуфиллин. В случае облитерирующего бронхита оправдано введение гепарина.

Этиотропным является препарат рибаверин (Виразол), подавляющий РНК-вирусы, прежде всего респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус). Он эффективен в аэрозоли (в 1 мл 20 мг рибаверина) с ингаляциями в течение 3-7 дней. Препарат дорогой и имеет отчетливые побочные проявления (тошнота, рвота, возбуждение, агранулоцитоз, аллергические реакции), поэтому показан при крайне тяжелом течении бронхиолита, при бронхиолите на фоне хронических бронхолегочных заболеваний или опухолей.