

# УХОД ЗА РЕБЕНКОМ: ЭВОЛЮЦИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

**К.И.Григорьев**, профессор

Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И. Пирогова

**E-mail:** k-i-grigoryev@yandex.ru

**Даются советы по уходу за детьми раннего возраста. Обсуждаются наиболее актуальные вопросы ухода. Проводятся исторические параллели. Акцентируется внимание на эффективности средств ухода, вопросах безопасного окружения младенца.**

**Ключевые слова:** уход, вскармливание, гигиена, профилактика детских заболеваний, роль медсестры.



В последние полтора десятилетия произошли существенные изменения в практике ухода за детьми, особенно раннего возраста. На смену примитивным вате и марле, механическим весам пришли современные предметы детской гигиены, электронные весы, детские термометры (налобные, ушные, дистанционные), «умные» игрушки, детские зубные щетки с ограничителем, бутылочки с индикатором нагрева, назальные аспираторы, детские щипчики-кусачки (ножницы), разнообразные губки, варежки-мочалки, детские кремы, масла, лосьоны, гели, памперсы-подгузники, средства ухода для полости рта, удобные разовые тампоны, аппараты для очищения воздуха (ионизаторы, озонаторы), электронные молокоотсосы, видеоняни и т.д. Высокотехнологичен уход за недоношенными и новорожденными детьми, детьми в стационаре, где используются современные технологии сестринского ухода.

Уход за детьми — динамично развивающаяся дисциплина, признанная ведущей при обучении медсестер педиатрического профиля. Этот предмет специально изучают на младших курсах и будущие врачи. Созданы специальные учебники, руководства, составлены учебные программы, что позволяет считать данное направление исключительно важным для педиатрии. Уход за детьми как дисциплина считается узловым разделом пропедевтики детских болезней, предусматривающей организацию помощи детям на основе изучения их анатомо-физиологических особенностей, течения патологических процессов, особенностей вскармливания.

Как ни странно, но еще в начале XX века вызвали сомнения и нуждались в аргументации такие, казалось бы, безусловные истины, как, например, что маленькому ребенку нужны гигиенические навыки, отдельная постель, частая смена белья, обязательное купание и прогулки на свежем воздухе.

Сегодня при организации ухода за ребенком специалисты-медики и родители думают не только о физическом, но и о душевном благополучии малыша, настаивают на участии его отца в родах, стремятся с первой минуты обеспечить пребывание матери рядом с ребенком, причем воспитательный процесс нередко начинается еще до рождения младенца. В роддоме малыша прикладывают к груди сразу после рождения, при этом терпеливо ждут, пока он сам найдет ее по запаху. Младенца оставляют в палате вместе с мамой, а медицинский персонал всегда готов прийти ей на помощь.

**Режим как основа ухода.** Однако основополагающий принцип ухода за ребенком остался прежним — соблюдение режима дня, в котором особенно нуждаются заболевшие дети. Так называемый свободный режим, когда ребенок спит, бодрствует и ест в зависимости от его желания (метод распространен в нашей стране благодаря книгам американского педиатра Б. Спока) для детей групп риска и больных детей (к ним по статистике, относятся более 80%) неприемлем. У детей 1-го года жизни основные элементы режима дня – время

бодрствования, сна, частота и время кормления (тем более во время болезни) – должны быть фиксированы уже начиная со 2–3-го месяца жизни.

**Проверка жизнью.** Правила ухода, включая кормление, укачивание, одевание, закаливание и купание, занятия и игры, проходят строгую оценку специалистов и родителей и именно поэтому со временем подвергаются критике. Почему так происходит? По-видимому, потому, что ценность иных рекомендаций (например, ежедневно чистить грудничкам уши) на поверку действительно оказывается сомнительной. Обычно их появление связано с доминирующим на данный момент подходом, маркетинговыми пожеланиями. Получается, что сиюминутное «веяние» подчас меняет жизнь целого поколения, хотя потом оно оказывается заблуждением.

Сейчас участие врачей и медсестер в жизни малышей в первые их дни постепенно минимизируется, так как женщины покидают роддом быстрее, чем раньше – обычно через 3–4 дня после родов. Но ведь именно в роддоме, под присмотром медсестер, матери осваивают технику кормления грудью, пеленания, умывания, ухода за кожей малыша и т.д. Впрочем, некоторые женщины прекрасно справляются со всем сами, поскольку обучались в школе материнства.

Хорошо, что обязательными остались консультации участковых врача-педиатра и медсестры детской поликлиники, которые в течение 1-го месяца жизни новорожденного, осуществляя патронаж, посещают его на дому по специальному графику. Напоминаем: к работе с детьми не допускаются лица с инфекционными заболеваниями и гнойными процессами, недомоганием или повышенной температурой тела.

У молодой семьи появилась относительная свобода действий, что имеет не только положительные, но и отрицательные стороны. К одной из них следует отнести источники сомнительной информации, особенно Интернет и книги, не лучшим образом переведенные, или претенциозные советы производителей средств ухода за ребенком. Заблудиться в море разных сведений и точек зрения несложно. И тут неопределима роль медсестры, которая может и должна стараться донести до молодых родителей знания, адаптированные к конкретному малышу.

**О вскармливании.** Последние рекомендации таковы: 1) в родильном доме для становления достаточной про объема и продолжительности лактации здоровый новорожденный должен прикладываться к груди матери в первые 30 мин после неосложненных родов на срок не менее 30 мин; 2) до 5–6 мес кормить здорового ребенка надо только грудным молоком. Здесь уместно подчеркнуть, что только

к концу XX века педиатры всех стран наконец-то единогласно признали, что грудное молоко — лучшая пища для новорожденного. Только с ним малыш получает все необходимые для роста и развития пищевые элементы, оно же защищает его от болезней, помогает формированию иммунитета, работе органов пищеварения и других систем.

Из этого вытекает следующее:

- если у женщины начался мастит (исключение – массивный рост в грудном молоке золотистого стафилококка, обнаружение представителей семейства *Enterobacteriaceae* или *Pseudomonas aeruginosa*), она заболела ОРЗ, кормления ни в коем случае не прекращают;
- при лактационном кризе (мало молока) надо не давать ребенку смесь, а чаще предлагать ему грудь;
- следует соблюдать условие раннего прикладывания младенца к груди сразу после его появления на свет.

Это – кардинально иной, чем прежде, подход к проблемам естественного вскармливания.

Но самые большие изменения коснулись детского питания. Не обошлось, конечно, без крайностей, но стоит признать, что в основном на принципы кормления детей повлияли не чьи-либо причуды и капризы, а новые знания в области биологии, физиологии, токсикологии, нутрициологии, современные технологии приготовления продуктов детского питания.

Широкий ассортимент «начальных» (для детей первых 6 мес) и «последующих» (для детей 2-го полугодия жизни) смесей почти полностью вытеснил смеси «от 0 до 12 месяцев», а также неадаптированные, в том числе кисломолочные. Признано грубой ошибкой введение кефира и любых неадаптированных смесей в питание детей ранее 8 мес, в связи с возможностью повреждения слизистой оболочки кишечника.

Очередное новшество «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ», утвержденной на XVI Съезде педиатров России (февраль 2009 г.) – разработка требований к питанию беременных женщин и кормящих матерей. Впервые рекомендуется использовать специализированные продукты питания, витаминизированные соки и напитки, значимые для профилактики у плода (ребенка) белково-энергетического дефицита, дефицита длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), нарушения соотношения  $\omega$ -3 и  $\omega$ -6 ПНЖК, дефицита фолиевой кислоты, витамина А, йода, цинка, железа, лактостаза и других патологических состояний.

В последнее время в ряд смесей введен каротиноид лютеин, обнаруженный в женском молоке. Он составляет основу желтого пятна сетчатки глаза,

защищает сетчатку от повреждающего действия голубого света и свободных радикалов, образующихся при его воздействии. В состав смесей охотно добавляют пре- и пробиотики, соответственно олигосахариды и бифидо-/лактобактерии, оказывающие прямое влияние на иммунные клетки и обеспечивающие кишечник ребенка основной физиологической флорой. Современные технологии позволяют сохранять микроорганизмы в продуктах на протяжении всего срока годности детской смеси.

Интересную эволюцию пережило отношение к куриному яйцу. Это был первый продукт животного происхождения (после молока), который давали ребенку в конце 1-го года жизни. В 1906 г. профессор Н.И.Красногорский утверждал, что яйца – прекрасный источник жира, белка и железа для грудных детей. Но уже в 20–30-х годах XX века восторг сменился осторожностью, поскольку заметили, что некоторые дети не переносят яиц; затем был сделан скоропалительный вывод: яйца – отравы для организма. В послевоенные годы установилось мнение, что ребенку до 2 лет можно давать только желток (в 50–60-е годы его предлагали в 5–6 мес, в 70–80-е – в 3,5–4 мес), а белок как аллергенный продукт – только в более старшем возрасте. Сейчас малышам дают только желток яйца, сваренного вкрутую, с 7 мес; детям, родители которых страдают аллергией, лучше не давать яйца всмятку до 3 лет.

**Первый прикорм:** с чего начинать – с каши или овощного пюре? Мнение специалистов: первое блюдо в рационе малыша, находящегося на естественном вскармливании, – это не распространенные до сих пор в России пюре и соки, а продукты с высокой энергетической плотностью – каши промышленного производства, обогащенные всеми необходимыми ребенку в этом возрасте минеральными веществами и витаминами. Прикорм вводится ребенку по индивидуальным показаниям в возрасте от 4 до 6 мес. Данный временной интервал назван «критическим окном» для формирования пищевой толерантности.

В 1973 г. М.Я. Студеникин (будущий академик РАМН) в популярной в нашей стране «Книге о здоровье детей» призывал начинать прикорм (овощи) в 3,5–4 мес. В 1980 г. профессора И.М. Воронцов и А.В. Мазурин – авторы «Справочника по детской диететике», на котором воспитаны практически все педиатры советской и российской школы, – рекомендовали вводить прикорм с 5 мес, причем это могло быть как овощное пюре, так и жидкая манная каша на овощном отваре пополам с молоком.

Чересчур ранний «пищевой опыт» часто становится у детей причиной аллергии, если учитывать случаи неприятия искусственного молока, непереносимость овощей, фруктов или мяса.

В наши дни отношение к кашам изменилось ровно настолько, насколько изменился их состав. Каши для маленьких детей теперь готовят в основном из специальной детской муки без вызвавшей аллергию клейковины. Соки, каши, овощные и мясные пюре для детского питания, произведенные в промышленных условиях, отвечают строгим требованиям безопасности. Их делают из продуктов высокого качества в стерильных условиях. Они имеют необходимую степень измельчения без дополнительных примесей, гарантированный химический состав, в том числе – витаминный, независимо от сезона года. И все-таки тезис «баночки лучше приготовленной домашней еды» до сих пор даже специалистами воспринимается с трудом.

Значительно изменилось отношение к коррекции гипогалактии у матери. Так, в 70-х годах женщинам советовали давать ребенку бутылочку после каждого кормления, особенно если казалось, что молока не хватает. При этом медсестра должна была определять количество смеси, которое нужно добавлять к грудному молоку. Сейчас педиатры предложили другой выход: никаких замен, лучше чаще прикладывать к груди. Благодаря такому подходу изменилось расписание кормлений: здорового новорожденного сегодня кормят не строго по часам, а столько раз, сколько он требует. Созданы специальные продукты для кормящих матерей лактогенного действия: «Аннамария-прима», «Лактамил», «Млечный путь», травяные чаи с экстрактами лактогенных трав («Тёма», «ХиПП», «Dania», «Хумана») и т.д.

Для сохранения лактации в период введения продуктов прикорма необходимо после каждого кормления прикладывать ребенка к груди.

**Поить или не поить.** Практика отечественных педиатров показывает, что новорожденные и дети более старшего возраста, находящиеся на грудном вскармливании, иногда нуждаются в воде. Такое состояние может быть связано с повышенной температурой воздуха, пониженной влажностью в помещении, жирной пищей, съеденной матерью накануне, и др. В этих случаях ребенку следует предложить воду из ложки, и если он охотно пьет, значит, он нуждается в воде. Допаивают и больного ребенка. В остальных случаях дети, находящиеся исключительно на грудном вскармливании, в допаивании не нуждаются.

Жажда малыша утоляют простой водой, а не сладкой (профилактика кариеса).

И еще один постулат сегодняшнего дня: избавиться от диареи с помощью рисового отвара, тертого яблока и морковного пюре нельзя. С конца 80-х годов XX века для этой цели используют более эффективные средства: солевые растворы (например, так называемый гипоосмолярный раствор

«Нипана» – электролит с фенхелем, который можно использовать с первых дней жизни), ферментные препараты и различные по составу сорбенты.

**Свобода и необходимость.** Первые строчки книги Бенджамина Спока «Ребенок и уход за ним» (1956) гласят: «Доверяйте себе. Вы знаете гораздо больше, чем вам кажется». Это была, безусловно, революционная мысль, которая в дальнейшем скорректировала все представления о методике воспитания малыша. То есть родителям при решении проблем ухода надо прислушиваться к внутреннему голосу, а медикам — его учитывать.

«Грудь или бутылочка (выбирай, что нравится)» – таково было мнение большинства западных специалистов в 70-е годы XX века. Но отечественные педиатры никогда не меняли своего отношения в этой проблеме. Ответ на вопрос, нужно ли кормить грудью, всегда был утвердительным с одним и тем же уточнением: «Нельзя не давать малышу то, на что он имеет право». Известный в дореволюционной России просветитель В.Н. Жук (автор книги «Мать и дитя», 1-е издание вышло в 1880 г. в Санкт-Петербурге, а последнее, 10-е, – в 1924 г. в Берлине) справедливо отмечал: «С молоком матери дитя всасывает и лучшие добродетели – верность Отечеству и постоянство в любви». Профессор К.С. Ладодо в руководстве «Как правильно вскормить ребенка?» (2007) резюмирует: «Материнское молоко – идеальная пища для грудного ребенка, особенно в первые месяцы жизни».

**Чистота.** Соблюдение чистоты давно является одним из главных требований ухода за детьми и в этом качестве входит во все учебники по уходу. Сейчас, правда, даже в популярных изданиях для родителей любят использовать термин «гигиенические нормы».

«Чистый воздух и чистоплотность – краеугольные камни ухода как за здоровыми, так и за больными детьми», – писала Флоренс Найтингейл в своей известной книге «Записки об уходе» (цит. по изданию: М.: издательский дом «Русский врач», 2002).

Но кто мог подумать, что прогулка малыша на балконе станет когда-нибудь предпочтительнее лавирования малыша в коляске между автомобилями в большом городе?

С позиций «гигиенических норм» неубедительно выглядят современные «педагогические приемы» введения прикорма ребенку раннего возраста материнской ложкой с ее тарелки – популярная тенденция в странах Запада, где практикуют длительное грудное кормление. Хороша «педагогика» – младенец должен есть то же, что и родители, и наоборот! Хотя первобытные люди так и поступали.

**Как спать ребенку?** Благодаря здоровому консерватизму отечественных педиатров дискуссия

о положении ребенка во время сна, столь активно затронувшая весь мир в 90-е годы XX века, почти не коснулась нашей страны. Российская школа ухода за новорожденным и грудным ребенком практически не приняла рекомендацию зарубежных педиатров укладывать во время сна грудного ребенка на живот. Приводились следующие доказательства: при положении ребенка на животе в случае срыгивания молоко не затекает в бронхи, можно легко массировать спину младенца и т.д. И мало кто предполагал, что при такой позе постельные принадлежности (подушки, перины, одеяла) будут опасны. В результате резко возросла младенческая смертность. Лозунг: «Только на спине!» был реанимирован после серии публикаций (в том числе – в журнале «The Lancet»), результатов исследований, доказавших безопасность сна ребенка на спине. Пока малыш не научится переворачиваться, он должен спать на спине!

Сон малыша отличается от сна взрослого. В возрасте до 2 мес ребенок спит 17–20 ч в день, затем 15–16 ч, но непрерывный сон его длится недолго – всего 50–70 мин. Быстрый или, как его называют, активный сон у доношенных детей занимает примерно 50% всего времени сна. Глубокий сон наступает через 20–30 мин после засыпания, длится не более 1 ч и снова сменяется быстрым поверхностным сном.

Здоровый младенец может просыпаться ночью каждые 4 ч. В 2–3 мес менее половины детей спят всю ночь. Между 6-м и 9-м месяцами жизни число детей с ночными пробуждениями увеличивается из-за прорезывания зубов. В этом возрасте дети спят примерно 15 ч в день: как правило, ночью и 2–3 раза днем. Но единого правила нет. Нужно суметь предоставить малышу возможность самостоятельно установить свой режим сна. Нормально спать всю ночь дети начинают после 2–3 лет.

Следует обращать внимание на своевременную коррекцию синдрома младенческих колик, который оказывает влияние на полноценность сна (его укорочение, трудности засыпания, частые пробуждения). Нарушения сна у детей старше 2–4 лет сохраняются преимущественно при длительных (после 3 мес жизни) коликах («Медицинская сестра», 2011, № 8, с. 15–20).

**Пустышка как образ общественного сознания.** Сегодня сосание соски-пустышки относят к «физиологическим» потребностям малыша, но у пустышки по-прежнему есть и противники, и защитники. Долгое время ведущие врачи Европы обвиняли соску в том, что она деформирует рост зубов, называли ее одной из причин появления аэрофагии у ребенка, говорили, что она заносит в рот малыша микробы, придает ребенку дурацкий вид и выглядит как «затычка». На фоне борьбы с пус-

тышкой возникла другая крайность: стали говорить о том, что детей нельзя целовать. В Англии в начале XX века была учреждена лига «Kiss me not» («Не целуй»), боровшаяся с родительскими поцелуями. Но сегодня с пустышкой и поцелуями более или менее разобрались.

В первые месяцы жизни младенцу необходимо часто сосать грудь для удовлетворения пищевой потребности. В этот период использование пустышки, механизм сосания которой значительно отличается от сосания груди, нарушает рефлекс, и ребенок может отказаться от груди. Поэтому в первые дни налаживания грудного вскармливания соску ребенку не рекомендуется давать.

Следует отчетливо понимать, что никакая смарт-соска, соска, оборудованная антиколиковым клапаном или антивакуумным эффектом, не сможет заменить грудь матери!

При правильном уходе у ребенка даже нет потребности в соске и дополнительном сосании – он просто выталкивает ее изо рта, и незачем настаивать на этом! С течением времени малыш начинает все больше бодрствовать. Активная работа нервной системы приводит к возбуждению ребенка, и нередко единственной возможностью успокоить его остается ритмичное сосание. Укачивание перед сном, сосание соски в процессе засыпания – не что иное, как помощь в синхронизации ритмов мозга, необходимой для перехода ко сну.

**Детская кроватка: все не так просто.** Не так уж давно первой вещью, которая появлялась в доме вместе с малышом, была люлька. Затем изобрели детскую кроватку, и о люльке временно забыли. Однако сейчас медики и детские психологи утверждают, что новорожденному адаптироваться к внешней среде в люльке легче: в замкнутом пространстве ребенок ощущает себя более комфортно и спокойно. «Люлечный» возраст – первые 3–4 мес жизни, далее малышу требуется мини-кроватка. Долгое время педиатры советовали приобретать для детской кровати матрас из соломы с чехлом из натуральной ткани. Сейчас идеальным вариантом называют набивку из кокосового волокна, и во всех отечественных и зарубежных книгах о воспитании детей можно видеть фотографии или изображения малышей, лежащих в спальном мешке-пижаме для сна на жестком матрасе.

Ребенка укладывают только в его собственную кровать. Риск навредить ребенку во сне существует всегда. Статистика неумолима: причина 10% случаев внезапной смерти новорожденных – их пребывание в родительской постели.

**Детский манеж.** Когда ребенок учится вставать и ходить, лучше всего свободу его движений обеспечивает манеж. Стенки манежа должны быть такими, чтобы ребенок мог видеть все вокруг себя, но



в то же время установлено безопасное расстояние между прутьями манежа – менее 6,5 см. Оптимальным остается деревянный манеж, предложенный профессором Е.Феером из Цюриха в конце 20-х годов прошлого века. Все дальнейшие модификации, особенно манеж с сетчатым барьером и так называемые ходунки, значительно уступают своему предшественнику в функциональной эффективности. Дети встают и ходят в деревянном манеже раньше!

**Купание и уход за кожей.** В 70–90-х годах к купанию и уходу за кожей ребенка подходили основательно: советовали тщательно мыть малыша, каждый день прочищать ему кожные складки, нос, глаза, уши. Сейчас к этому стали относиться более либерально: стало понятно, что уши, например, не такие уж и грязные, и ушную раковину достаточно мыть раз в неделю. Кроме того, было решено, что не нужно слишком усердно чистить нос, особенно если малыша ничто не беспокоит. Постепенно стали отказываться от специальных кремов, особенно от тех, которые накладывали толстым слоем каждый раз, когда меняли подгузник. Запрещено использовать буру с глицерином и «свинцовые» присыпки (повысились требования к препаратам для детей). Что касается купания, то сейчас дети впервые принимают ванну сразу после рождения, а затем — с такой частотой, как рекомендовал основоположник отечественной педиатрии профессор Н.Ф. Филатов: «В течение первой половины года купают обыкновенно по разу в день, позднее до конца года — через день или раза 2 в неделю» (1890).

**Хорошие манеры и детская мода.** В книге «Родителям о детях» под редакцией академика А.Ф. Тура (самое популярное издание о воспитании детей в советское время) читаем: «Уже четырехмесячного малыша приучают проситься на горшок. Сначала его держат над ним, а с 7–8 мес сажают на него. Горшок должен быть теплым и стоять всегда в определенном месте. Сажают ребенка на горшок всегда в одно и то же время – перед сном и после сна, если малыш проснулся сухим. Необходимо

проявлять терпение и ждать, пока ребенок научится соблюдать чистоту самостоятельно».

Л.Н. Хохалин в книге «Советы детского врача» (М.: Знание, 1994) дает уже иной совет: «У каждого ребенка свой собственный ритм. Никаких горшков до восьми месяцев, и сажать надо тогда, когда ребенок обычно ходит «по-большому»».

Что касается последних «обоснованных рекомендаций», пришедших с Запада и поддерживаемых некоторыми нашими специалистами, то они вызывают удивление: «самый подходящий возраст для высаживания ребенка на горшок – от 18 до 36 мес!» Кроме того, горшок не следует предлагать по «расписанию», пока ребенок не достигнет соответствующей зрелости. Конечно, памперсы позволяют выдержать многое!

Надо ли говорить, что в таком случае необходимы специальные методики, чтобы приучить «взрослого» ребенка к горшку, когда у него уже выработалась кортикализация нервной деятельности, а расширяющаяся социализация хорошо оценила возможности бесконтрольного поведения. В «научной» литературе предложены многочисленные «ориентированные на ребенка» методы приучения к горшку, рассчитанные на детей старше 20 мес. (Спок, Фокс-Эзрин, Бразелтон, «условно-рефлекторное кондиционирование»). Мало что меняет поправка последних лет о разрешении привития первичных навыков опрятности у ребенка, начиная с 18–20 мес.

Мы согласны с таким подходом в отношении детей с так называемыми особыми потребностями (атрезия ануса, болезнь Гиршпрунга, *spina bifida*), но не в отношении здоровых детей. Следует учесть и психологию родителей: если они более 2 лет не контролируют у ребенка процессы дефекации и мочеиспускания, то им будет по-настоящему трудно для достижения эффекта обеспечить требуемое «систематически позитивное поощрение» (похвала, ласки, игрушки и пр.).

В советские годы перечень предметов детского приданого выглядел так: хлопчатобумажные и фланелевые распашонки, пеленки из хлопчатобумажной ткани и фланели, подгузники из марли, детская клеенка, одеяло байковое и одеяло шерстяное или ватное. Но в XXI века детей перестали пеленать или одевать, как «капусту»: победили хлопчатобумажная рубашечка и ползунки. А еще через некоторое время появились боди. Так что да здравствуют хорошие манеры и удобства!

**Прощание с мифами.** При уходе за детьми время от времени формируются родительские заблуждения, которые странным образом подхватывает медицинское сообщество, не говоря о средствах массовой информации. Вот некоторые из наиболее распространенных мифов о детском здоровье,

которые бытуют на практике, не имея никаких доказательств:

- витамин С эффективен при простуде;
- музыка Моцарта стимулирует развитие ума у малыша;
- чтение при недостаточном освещении – причина плохого зрения;
- употребление в пищу моркови способно улучшить зрение;
- сахар виноват в детской гиперактивности;
- добавление рисовой крупы в бутылочку нормализует не только стул, но и сон ребенка;
- при диарее противопоказаны молочные продукты и др.

Последнее замечание требует уточнения – это не касается детей с лактазной недостаточностью. А пре- и пробиотики, содержащиеся в смесях и йогуртах, могут даже сократить продолжительность диареи. Задача каждого медицинского работника – разоблачать мистику. Надо отдать должное, даже маги стараются не работать с детьми.

**Уход за больным ребенком.** Принципы ухода за больным ребенком также претерпели существенные изменения. Особый прогресс коснулся стационаров, где к обычным детским кроваткам и пеленальникам добавилось суперсовременное оборудование: куветы для выхаживания глубоко недоношенных детей, гнотобиологические камеры, обеспечивающие стерильные условия ухода, специальные кровати с функцией «невесомости» (сухая иммерсия) для новорожденных, перенесших перинатальную энцефалопатию или родовую травму, кровати для ожоговых больных, инфузоматы, инсулиновые помпы, небулайзеры и т.д.

Внедрению инноваций в уход за детьми в стационарах мешают старые нормативы. Обязанности медсестры, особенно в отделении раннего возраста, существенно расширились, а штатное расписание осталось тем же, что и в 30-е годы XX века. Кроме того, сдерживающим моментом является сложный механизм финансирования, когда внимание уделяют дорогой и современной аппаратуре, а до мелких деталей ухода, требующих кропотливого ежедневного учета, дело не доходит.

В домашней практике ухода за ребенком все предметы ухода и детской гигиены должны отвечать двум принципам: быть практичными и безопасными. Это – девиз ведущих фирм, работающих в данном направлении. Арсенал предметов ухода, в том числе за лежачими больными, постоянно пополняется. Отсылаем читателя к нашей статье по теме («Медицинская сестра», 2007, № 4, с. 26–38).

**Профилактика.** Помимо соблюдения режима дня, в первые годы жизни ребенок нуждается в постоянном закаливании. Это – неукоснительное условие здорового образа жизни. Самые распростра-

ненные методики закаливания – воздушные ванны, купания, массаж и гимнастика. Желание некоторых специалистов внедрить для детей первых лет жизни методики холодового и иных видов «жесткого» закаливания ввиду их опасности по-прежнему встречают необходимый отпор специалистов.

В последние годы акцент профилактических усилий сместился на пре- и антенатальный возраст. Это касается прежде всего неонатального скрининга, расширения показаний к проведению кесарева сечения для профилактики родовой травмы и гипоксии ребенка при нарушенной родовой деятельности у матери, особенно в случае преждевременного наступления родов, ограничение стимуляции родов в широких масштабах и т.д.

С 1995 г. в России (на 30 лет позже, чем в Европе) перестали использовать витамин D<sub>2</sub>, заменив его витамином D<sub>3</sub>. Витамин D<sub>3</sub> в дозе 500–1000 МЕ рекомендуют давать детям до 3 лет осенью–зимой–весной, когда нет активного солнца.

Для детей раннего возраста обязательны меры по профилактике железодефицитной анемии. Кроме того, практически вся территория России относится к регионам с недостаточным содержанием йода в окружающей среде, что требует обязательной коррекции питания по йоду. Следует принимать во внимание возможность дефицита других витаминов и микроэлементов. При дорожном патронаже медсестра должна обратить внимание на медикаментозную профилактику дефицита фолиевой кислоты (профилактика врожденных пороков сердца), йода, железа и др.

Широкое распространение во всем мире получила иммунопрофилактика инфекций, что позволило значительно снизить заболеваемость туберкулезом, полиомиелитом, коклюшем, дифтерией, корью и столбняком, а натуральную оспу благодаря вакцинации удалось искоренить полностью. Неоспоримое достижение последних лет — вакцинация детей с хроническими заболеваниями, использование инактивированных вакцин. Составлен достаточно большой перечень дополнительных прививок у детей – вакцинация против гриппа, пневмококковой инфекции, ветряной оспы, гепатита А, вируса папилломы человека (девочки) и др.

В педиатрии стали оценивать такой интегральный показатель здоровья ребенка, как качество жизни. Цель терапии многих заболеваний, например риносинусита, бронхиальной астмы, гломерулярных болезней почек, сахарного диабета и др., именно повышение качества жизни. Обеспечить показатели физического и психического благополучия ребенка можно только со-

блюдая стандарты лечения, что предотвращает прогрессирование болезни.

Результаты международного исследования показали, что родители, имеющие недоношенных детей, нуждаются в дополнительной информации и профессиональной поддержке.

**Ребенок и безопасность.** За последние годы в корне изменились представления о безопасности детей. Это касается как предметов домашнего обихода, так и регулирования поведения детей и взрослых, коррекции среды обитания. Самый большой сдвиг в психологии медицинских работников – отношение к табакокурению и алкоголю. Большинство некурящих совершеннолетних никогда не возьмутся за сигарету и, поскольку никотинозависимость развивается в юности, нужны строгие возрастные ограничения. Ведь курение способствует возникновению опухолей, оказывает негативное влияние на развитие органов дыхания, состояние кожи, пассивное курение увеличивает риск развития синдрома внезапной младенческой смерти в 5 раз. То же касается и алкоголя.

Существуют ситуации, весьма опасные для жизни, о которых в силу интуиции молодые родители могут догадываться, но только медицинские работники должны их контролировать и предупреждать. Иногда, увы, дело доходит до абсурда. Вот наиболее типичные ошибки, которых следует избегать:

- не следует для пустышки использовать шнурок, если ребенок запутается, шнурок может превратиться в опасный предмет;
- нельзя оставлять ребенка с бутылочкой в кровати, а тем более подпирать бутылочку валиком или игрушкой; ребенок до 8–9 мес не должен есть и пить без участия взрослых;
- свет, оставленный на всю ночь в детской, плохо влияет на зрение и психику ребенка, лучше оставить мягкое освещение;
- дети раннего возраста должны «загорать» только под рассеянными лучами солнца; после года кожу малыша обязательно смазывают защитным кремом; правила загорания детей в XXI веке: пусть ребенок загорает, но в шапочке, темных очках, майке и под зонтиком;
- летом и если на улице солнечно и жарко, нельзя оставлять ребенка надолго в закрытом пространстве, например в машине; стекла, как лупа, усиливают действие солнечных лучей;
- до 2 лет не следует поднимать ребенка в горы; на высоте 2000 м дети выдерживают лишь небольшую прогулку, далее начинают испытывать нехватку кислорода и самую

настоящую гипоксию; эти предостережения не относятся к перелетам на самолете, салоны которых герметичны и атмосфера там соответствует норме;

- если пищу греют в микроволновой печи или разогревают бутылочку с молоком в горячей воде, сначала надо убедиться в том, что смесь не перегрелась, а затем предлагать ребенку;
- сильные проявления родительской любви могут вызывать у детей неврологические проблемы: не следует подбрасывать ребенка высоко вверх, трясти «как грушу», тянуть за руки, чтобы поиграть в самолетики, т.д.;
- при чистке ушей не надо пользоваться ватными палочками; чтобы почистить уши, лучше использовать обычные ватные тампоны или, если у ребенка слишком много выделений, применяют церуменолизис – специальный спрей для размягчения ушной серы (А-церумен);
- не следует стричь ногти слишком коротко; стричь ногти стоит лишь тогда, когда они становятся длинными и ребенок рискует поцарапать себе лицо; процедуру проводят не чаще 1 раза в неделю;
- нельзя сажать ребенка в коляску или на стул с углом в 90°; пока ему не исполнится 5–6 мес и он не научился делать это самостоятельно;
- детский стул должен стоять только на полу; реализация идеи поставить его выше – верный путь к падению ребенка;
- переодевание на пеленальном столике: постоянный контроль за ребенком!
- нельзя оставлять ребенка одного в ванне; утонути можно мгновенно и в 10 см воды;
- ребенок не должен находиться рядом с источниками электромагнитных излучений и работающими электроприборами;
- требуется соблюдать правила транспортировки ребенка в автомобиле с использованием автокресла и т.д.;
- надо ограничивать посещение общественных мест, в частности поездов, метро, магазинов – это защитит от опасных для ребенка раннего возраста инфекций;
- необходимо консультироваться с врачом-педиатром, если у ребенка: апноэ; изменение цвета кожи в виде цианоза или выраженной бледности, реже – эритематозной окраски; значительное снижение мышечного тонуса; поперхивание при кормлении и рвотные движения.

Внимание к малышу в семье и в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения — залог его здоровья. При этом необходимо как использовать достижения науки, так и не пре-

небрегать опытом предыдущих поколений. Интерес к новому и умеренный консерватизм – вот основа подхода к проблемам ухода за ребенком и его воспитания.

#### Рекомендуемая литература

Баркан А. Дети нашего времени. – М.: Астрель, 2010. – 411 с.

Богомильский М.Р., Радцин Е.Ю. Возможности церуменолизиса у детей // Вопр. практической педиатрии. – 2008; 3 (2): 92–94.

Будь здоров, малыш! Под ред. К.И. Григорьева. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2003. – 96 с.

Воронцов И.М., Кельмансон И.А., Цинзерлинг А.В. Синдром внезапной смерти грудных детей. – СПб.: Специальная литература, 1997. – 210 с.

Григорьев К.И. Принципы ухода за кожей детей раннего возраста // Медицинская сестра. – 2006; 5: 14–18.

Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: учебн. пособие. 4-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 416 с.

Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А., Суркова Е.Н. Отдаленные последствия неправильного вскармливания детей. – М.: Росс. академия последипломного образования, 2011. – 68 с.

Золотые правила для мам и пап: о здоровье и питании от 0 до 3 лет // Счастливые родители. Спец.выпуск, осень 2008: 200.

Кравцова Л.А. Современные аспекты синдрома внезапной смерти детей грудного возраста // Росс. вест. перинатол. и педиатрии. – 2010; 2: 60–67.

Кюль П.Г., Зипманн Д., Зоботтка Х. и др. Уход в педиатрии. Перевод с нем. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 768 с.

Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. – М.: Союз педиатров России, 2011. – 68 с.

Профилактическая педиатрия /Под ред. А.А. Баранова. – М.: Союз педиатров России, 2012. – 692 с.

Сарап Л.Р., Добрыгина Ю.В., Левченко О.Г. и др. Клиническое обоснование подбора средств гигиены для полости рта у детей 6–12 лет, находящихся на ортодонтическом лечении // Росс. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2011; 3: 75–78.

Федоров Ю.А. Гигиена полости рта. – СПб.: ПолиМедиаПресс, 2003. – 112 с.

Ходунова А.А., Чумакова О.В. Неонатальный скрининг в России // Вопр. практ. педиатр. – 2006; 1 (2): 6–10.

Яковлева Т.В., Баранов А.А. Проблемы и задачи по охране здоровья детей России // Вопр. совр. педиатр. – 2011; 10 (2): 7–14.

#### CARE FOR AN INFANT: EVOLUTION OF THE MATTER AND STATE-OF-THE-ART

Professor K.I. Grigoryev

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

**There is advice for caring for infants. The most topical issues of care are discussed. A historical parallel is given. Emphasis is placed on the means of care and the problems of the safe environment for a baby.**

*Key words* care, feeding, hygiene, prevention of childhood diseases.