

ТРЕБОВАНИЯ К УХОДУ И ВОСПИТАНИЮ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

К.И. Григорьев, профессор

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
Российская Федерация, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

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

Уход за детьми – научная дисциплина, признанная ведущей при обучении медсестер педиатрического профиля практике общения с малышом. Представлены основные требования к уходу за детьми раннего возраста.

Ключевые слова: перинатальная медицина, перинатальная профилактика, вскармливание, профилактика.

Для цитирования: Григорьев К.И. Требования к уходу и воспитанию ребенка раннего возраста. Медицинская сестра. 2018; 20 (8): 18–25.

<https://doi.org/10.29296/25879979-2018-08-05>



В связи с техническими новшествами в «индустрии детства» каждые 5–10 лет происходят существенные изменения, касающиеся ухода за детьми, особенно раннего возраста. Только на глазах одного поколения на смену примитивным вате и марле, механическим весам и керамическим погремушкам пришли современные предметы детской гигиены: электронные весы, детские термометры (налобные, ушные, дистанционные), детские зубные щетки с ограничителем, бутылочки с индикатором нагрева, назальные аспираторы, детские щипчики-кусачки (ножницы), разнообразные губки, варежки-мочалки, детские кремы, бальзамы, шампуни, масла, лосьоны, гели, памперсы-подгузники, детские зубные пасты и щетки, электрические подогреватели бутылочек для детского питания, ниблеры (гаджеты для безопасного прикорма), «умные» игрушки, удобные разовые тампоны, мойки воздуха (ионизаторы, озонаторы), электронные молокоотсосы, видеоняни, автокресла для детей разного возраста, детские стулья-трансфор-

меры и т.д. В уходе за недоношенными и новорожденными детьми, больным ребенком в стационаре используются современные технологии.

Удивительно, но еще 100 лет назад вызывали сомнения и нуждались в аргументации такие, казалось бы, безусловные истины, как например то, что маленькому ребенку нужны общение с матерью/родителями, гигиенические навыки, отдельная постель, частая смена белья, обязательные купания и прогулки на свежем воздухе. Надо понимать, что многие используемые для детей вещи имеют весьма короткую историю, за исключением, пожалуй, перевязи (слингов). Слингonoшению – много тысяч лет, так как детей матери носили с собой еще на заре человечества, привязывая малышей с помощью различных приспособлений (полотенце, шаль, робозо – платки, амаути – куртка с большим капюшоном). Но одежда для детей как таковая появилась только после Великой Французской революции; детскую коляску изобрели в 1733 г.; с первой четверти XIX века европейским детям стали надевать подгузники – прототипы современных; одноразовые пеленки появились в 1951 г. и т.д.

Еще в начале 90-х годов новорожденного сначала разлучали с матерью и только на следующий день или через несколько дней после «тщательного» обследования разрешали приложить к груди. Сейчас все по-другому. Настаивают на участии отца в родах, а воспитательный процесс начинается еще до рождения младенца, когда мать придерживается определенного режима.

Сегодня стремятся с первой минуты обеспечить контакт ребенка с матерью. Малыша прикладывают к груди сразу после рождения, при этом терпеливо ждут, пока он сам найдет ее «по запаху». В роддоме младенца оставляют в палате вместе с матерью, при этом медицинский персонал всегда готов прийти ей на помощь. Участие врачей и медсестер в первые дни в жизни малыша постепенно минимизируется, так как женщины покидают роддом довольно скоро, обычно через 3 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, женщины прекрасно справляются со всем сами, поскольку обучаются в школе материнства.

Совсем недавно малышей пеленали потуже, чтобы уменьшить произвольные движения тела ребенка. Так называемые свивальники (белые длинные бинты) продержались в России в деревнях до середины XX века. Существовало убеждение, что тугое пеленание защищает маленькие ноги и руки от повреждений и выпрямляет скрученное тельце ребенка. Пока кости не окрепнут, они должны быть совершенно неподвижны, и у ребенка не будет пороков развития. Тугое пеленание считалось и мерой обеспечения безопасности: ребенок не выпадет из колыбели, не перевернется во сне на живот, его удобнее носить.

Теперь отношение к этому совершенно иное, поскольку исследования показали, что ровность ног не зависит от техники пеленания. Наоборот, рост костей требует движения. С 80-х годов педиатры выдвинули лозунг: «За широкое пеленание!». Смысл этой меры – своевременное формирование костей, входящих в состав тазобедренного сустава. Между ног малыша помещали определенным образом сложенную пеленку (сейчас эту миссию выполняет одноразовый подгузник).

Уже в 2000-е годы изобретена пеленка-кокон на липучках. Вместо сложного многоступенчатого ритуала пеленания – «липучка», что упростило этот процесс и сделало его абсолютно доступным.

Проверка жизнью. Соблюдение режима дня отечественными педиатрами признано основой ухода. В соблюдении циркадных ритмов особенно нуждаются больные дети. Так называемый свободный режим по Бенджамину Споку, когда ребенок спит, бодрствует и ест в зависимости от его желания, для детей групп риска и больных (к ним по статистике относятся более 80% грудничков) неприемлем.

Правила ухода, включая кормление, укачивание, одевание, закаливание и купание, занятия и игры, проходя строгую оценку специалистов и оценку родителей, со временем подвергаются критике и могут измениться до неузнаваемости. Почему? 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.

Пренатальная медицина

Новые технологии ухода и наблюдения за ребенком сместились в область пренатальной медицины и неонатологии. Наступило время, когда плод рассматривают не как объект родов, а как внутриутробного пациента. Совершенствуются методы, формы и контроль качества диспансерного наблюдения за беременными; значительны дости-

жения современного акушерства в области медикаментозной коррекции нарушений течения беременности. Бережные методы родоразрешения привели к резкому снижению уровня детской заболеваемости и смертности.

Принципы перинатальной профилактики основаны на результатах оценки факторов риска возникновения болезней у плода и новорожденного в неонатальном периоде. Выделяют 3 основных группы факторов перинатального риска (Манухин И.Б. и др., 2015):

- фетальные аномалии (генетические заболевания, хромосомные заболевания, изолированные пороки развития плода; нарушение развития новорожденного в раннем неонатальном периоде);
- плацентарная недостаточность (нарушение структуры и функции плаценты разного генеза);
- внутриутробные инфекции (воздействие на плод инфекционного агента).

Согласно рекомендациям ВОЗ, разработаны статистические таблицы оценки факторов риска, которые медицинские работники используют в своей практике. Меняется культура материнства и отцовства. Выделяется период подготовки женщины к беременности, в который входят психологическая адаптация, ЛФК, прием витаминов, фолиевой кислоты и др. Оптимальный алгоритм наблюдения за беременной предусматривает акцент на «критические периоды», наибольшее значение из которых имеют первые 6 нед. Наблюдение в ранние сроки беременности – «фишка» современной медицины.

Перинатальная профилактика

Ее основа – использование скринирующих диагностических программ, позволяющих на 1-м этапе формировать группу беременных высокого риска, а на 2-м – проводить их расширенное обследование. Существуют прогностические и диагностические методы исследования. Прогностические методы направлены на формирование группы риска по возникновению врожденного заболевания плода. Задача диагностических методов – постановка окончательного диагноза.

Обязательная составляющая инвазивно-диагностических процедур: ЭЛИ-П-тест (ELI-P-Test) – иммуноферментный анализ крови (определение уровня РАРР-А, хориотического гонадотропина, альфа-протеина, неконъюгированного эстриола, ингибина А, антител к бактериально-вирусным инфекциям); эмбриоскопия – визуальный осмотр оболочек плодного яйца и эмбриона в I триместре беременности; аспирационная биопсия ворсин хориона в I триместре беременности; экзцеломоцентез в I триместре беременности; амниоцентез; биопсия плаценты в II триместре

беременности; кордоцентез; кардиоцентез; биопсия тканей плода; УЗИ с оценкой состояния плодово-плацентарного комплекса (в том числе с применением системы 3D–40-сканирования); фетоскопия – визуальный осмотр плода в II и III триместрах беременности; доплерометрическое исследование маточного и фетоплацентарного кровотока с применением цветного доплеровского картирования; ante- и интранатальное кардиомониторное исследование реактивности сердечно-сосудистой системы плода; актограмма плода – графическое отображение почасовой двигательной активности плода в течение суток; амниоскопия – визуальный осмотр нижнего полюса плодного пузыря в III триместре беременности; цитогенетическое, бактериологическое, молекулярно-биологическое исследование плодного материала.

Хорошо, что обязательным остался патронаж участковых врача-педиатра и медсестры детской поликлиники, которые в течение 1-го месяца жизни новорожденного 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.

Естественное родительство (ЕР), или метод ухода за детьми, максимально приближенный к природе

Другие названия метода – empathic parenting (сопереживающее воспитание), instinctive care (инстинктивная забота), organic parenting (органическое родительство), natural parenting (натуральное родительство) и т.д. Объединяет все эти течения попытка следовать биологическим и психологическим потребностям ребенка и максимально отказаться от достижений цивилизации. Мы не агитируем за эту систему, а просто расскажем, что можно от нее взять, поскольку разумное зерно в ней, безусловно, существует.

Естественно мы категорически против принципа «без докторов». Часто ЕР-родители выбирают нетрадиционное лечение, отказ от привычных лекарств, прививок и регулярного наблюдения у врача.

Проникновение в нашу педиатрию идей ЕР, авторами которых были Уильям и Марта Сире, Ж. Ледлофф, М. Оден, И. Бауэр и др., совпало со сменой строя в нашей стране. Этот подход к уходу за детьми довольно сильно отличался от принятого «советского формуляра». Отсюда – довольно широкое распространение данной методики. Да и сейчас молодая семья обязательно познакомится с книгами этих авторов. Пользуясь свободой действий, можно весьма примитивно понять некоторые их положения. Кроме того, существуют сомнительные источники информации, особенно Интернет или претенциозные советы производителей средств ухода за ребенком. Несложно заблудиться в обилии

разных сведений и точек зрения. Медсестра должна иметь свое собственное мнение, чтобы помочь молодым родителям использовать научные знания, адаптированные к конкретному малышу. Но от благ цивилизации отказываться вовсе не следует.

Что же полезного может взять обычная мать из системы ЕР-ухода за малышом? Грудное вскармливание как нормальный способ кормления ребенка здесь не учитываем. Перечислим некоторые положительные моменты, сохраняющие, хотя и относительно, но новизну.

Неразлучные. Ношение на руках и в переносках (слингах, рюкзаках) – неотъемлемая часть ЕР. Переноски облегчают прогулки, путешествия, быт. Современная городская инфраструктура не рассчитана на мам с колясками. Слинг помогает ощутить близость с ребенком, иногда – наладить кормление грудью. Но важно помнить: сразу после родов слинг опасен. В этот период коляска лучше переноски.

Носят бодрствующего ребенка в слинге от 30 до 90 мин. Потом – перерыв и разминка и снова – слинг, и так хоть весь день, если позволяют погода и силы. Если малыш уснул в слинге, его специально не будят. Достать его из переноски и выполнить комплекс разминочных упражнений можно, когда он проснулся. По мере роста детей разминочные движения сохраняются, но становятся более интенсивными.

Прогулки на свежем воздухе считаются необязательными. Если мать плохо себя чувствует и заменить ее некем, лучше отказаться от прогулки. Выход на улицу – не обязанность, а инициатива матери. Правда, поддерживается идея проживания вне городской черты, а не в мегаполисе. Тогда свежий воздух доступен всегда. Малыш может спать в коляске, играть в манеже на лужайке или на крыльце, а мать будет находиться рядом, контролируя ситуацию.

Естественные потребности, высаживание – один из приемов ежедневного ухода за малышом. Как только ребенок подает определенные сигналы (кряхтит, ворочается, капризничает у груди), мать берет его на руки и держит над раковиной/ванной. Положение с открытой вывешенной попой и коленками, прижатыми к животу, помогает работе сфинктеров, газоотделению, удовлетворению естественных потребностей (не всегда). Начинают эти процедуры в 1-е полугодие жизни. Высаживание не равнозначно приучению к горшку, до этого очередь дойдет к концу года, но не в 18 мес, как рекомендуют некоторые авторы. Раннее высаживание помогает ребенку осознать границы собственного тела.

Купание, гимнастика и закаливание. Для здоровья все это очень важно. Кто-то выбирает раннее плавание с проныриваниями, кто-то – обливания прохладной водой и воздушные ванны. При выборе метода закаливания следует учитывать состояние здо-

ровья малыша и возможные противопоказания. Методика закаливания должна отражать стиль жизни семьи: если малыш плавает с рождения, то плавать должны и родители и т.д.

Вскармливание

Этот термин принят только в нашей стране. Последние основные рекомендации таковы: 1) в родильном доме с целью становления достаточной про объема и продолжительности лактации здоровый новорожденный ребенок должен выкладываться на грудь матери в первые 30 мин после не осложненных родов на срок не менее 30 мин; 2) до момента становления лактации ребенка кормят столько раз, сколько раз он испытывает беспокойство и потребность; 3) до 5–6 мес кормить здорового ребенка надо только грудным молоком.

Здесь уместно подчеркнуть, что в нашей стране, возможно, в связи с отсутствием качественных смесей/формул никогда не приветствовались смеси-заменители и искусственное вскармливание. Отечественные педиатры утверждали: «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 которой 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». Современные авторы, в частности профессор К.С. Ладодо, в руководстве «Как правильно вскормить ребенка?» (2007) резюмировала: «Материнское молоко – идеальная пища для грудного ребенка, особенно в первые месяцы жизни».

За рубежом смеси стали использоваться довольно давно, первые из них были запатентованы в середине XIX века, и к 60–70 годов XX века в ведущих странах Запада сформировалось мнение, что кормить грудью новорожденного вовсе не обязательно, хотя уже в 90-е годы от этого взгляда стали отказываться. Благодаря наблюдениям стало понятно, что педиатры допустили ошибку: заменить материнское молоко нечем. Появилась формула: «Больница, доброжелательная к ребенку» и др. Никто теперь не спорит, 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.

Большие изменения коснулись продуктов детского питания. 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/стартовых» смесей (для детей первых 6 мес жизни) и «последующих» (для детей второго полугодия жизни) почти полностью вытеснил смеси «от 0 до 12 мес», а тем более – неадаптированные. Признано грубой ошибкой введение кефира и любых неадаптированных смесей в питание детей ранее 8 мес в связи с возможностью повреждения слизистой оболочки кишечника. С 1 года используют формулы 3, с 18 мес – формулы 4.

Смеси последнего поколения обладают многими свойствами грудного молока. Белковый компонент на 60–70% представлен сывороточными белками, отдельными незаменимыми аминокислотами (таурин и др.), что снижает антигенную нагрузку.

Жировой модуль искусственных формул изготавливается при полной или частичной замене жиров коровьего/козьего молока смесью природных растительных масел. Пальмовое масло считается спорным ингредиентом из-за его воздействия на обменные процессы. Оно вызывает запоры, ухудшает усвоение Са, изменяет консистенцию стула (жир в копрограмме). В некоторых смесях («Нутрилон», «Хайнц», «Кабрита») производится его замена на бета-пальмитат – пальмовое масло с искусственно усовершенствованной формулой, где гексадекановая кислота расположена так же, как в материнском молоке. Смесей без добавления пальмового масла: Similac; «Малютка»; Nutrilak; Materna; Nestogen; «Мамекс».

Углеводы в смесях представлены лактозой, полимераами глюкозы, патокой из различных растений и олигосахаридами. Добавляются витаминно-минеральный комплекс, L-карнитин, нуклеотиды, длинноцепочечные жирные кислоты и т.д. В смеси последних поколений добавляют пре- и пробиотики, олигосахариды (комбинация галактоолигосахаридов и фруктоолигосахаридов) или бифидо-/лактобактерии, оказывающие прямое влияние на иммунные клетки и обеспечивающие рост в кишечнике ребенка физиологичной флоры.

Современные технологии позволяют обеспечить сохранность микроорганизмов в продуктах на протяжении всего срока годности детской смеси; смеси можно использовать в течение 1–3 мес после открытия крышки.

Продукты для беременных женщин и кормящих матерей

После принятия «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» на XVI Съезде педиатров России (февраль, 2009) в ассортименте пищевых продуктов для беременных женщин и кормящих матерей произошли большие изменения. Созданы специализированные продукты питания («Мама плюс», «Энфа Мама», «Мадонна», «Балакт

мама» и др.), витаминизированные соки и напитки для профилактики у плода/ребенка белково-энергетического дефицита, дефицита длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) и нарушения соотношения ω -3 и ω -6 ПНЖК, дефицита фолиевой кислоты, витамина А, йода, цинка, железа, лактостаза и других патологических состояний.

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 предложен другой выход: никакой замены, надо чаще прикладывать ребенка к груди. Созданы специальные продукты для кормящих матерей лактогенного действия: «Аннамария-прима», «Лактамил», «Млечный путь», травяные чаи с экстрактами лактогенных трав («Тема», «ХиПП», «Хумана») и т.д.

Прикорм

Прикорм вводится ребенку в 4–6 мес. Данный временной интервал назван «критическим окном» для формирования пищевой толерантности. С чего начинать, с каши или овощного пюре? Этот вопрос решается по индивидуальным показаниям. Мнение специалистов: первыми блюдами в рационе малыша, находящегося на естественном вскармливании, должны быть продукты с высокой энергетической плотностью – каши или овощные пюре промышленного производства, обогащенные всеми необходимыми ребенку в этом возрасте минеральными веществами и витаминами. Жидкая манная каша на овощном отваре пополам с молоком – воспоминание из книг/учебников и старых кинофильмов.

Надо только помнить, что плохо как раннее, так и позднее введение прикорма (см. таблицу).

Соки, каши, овощные и мясные пюре для детского питания, произведенные в промышленных условиях, отвечают строгим требованиям к показателям безопасности. Их делают из продуктов высокого качества в стерильных условиях, они имеют необходимую степень измельчения без дополнительных примесей с гарантированным химическим составом, в том числе витаминным, независимо от сезона года.

Пить или не пить

Практика отечественных педиатров показывает, что новорожденные и дети более старшего возраста, находящиеся на грудном вскармливании, нуждаются в воде по требованию. Жажда может быть связана 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 начал охотно пить, значит он в ней нуждается. Допаивают также больного ребенка. В остальных случаях дети, находящиеся исключительно на грудном вскармливании, в допаивании не нуждаются. Жажду малыша утоляют простой водой, а не сладкой.

Западная модель – давать воду ребенку только с момента введения прикорма – нас не устраивает.

Соблюдение чистоты

Это – одно из главных требований ухода за детьми. 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 больными детьми», – писала Флоренс Найтингейл в своей известной книге «Записки об уходе» (цит. по изданию: М: Русский врач, 2002).

Для детей используют одноразовые или, на выбор, – многоразовые подгузники, в том числе так называемые разлагаемые экоподгузники. Выбор большой. Стало очевидно, что использование марлевых подгузников, как это было 15–20 лет назад, в разы повышает риск появления опрелостей. Подгузники рекомендуется менять каждые 3–4 ч. Но это – условная норма. Если ребенок спит всю ночь и наполненный подгузник его не беспокоит, лучше ребенка не будить. С другой стороны, после дефекации подгузник необходимо сменить максимально быстро, иначе возможно раздражение кожи малыша, поскольку в интимных местах она весьма чувствительна к воздействию органики.

К современным средствам ухода за младенцем относятся одноразовые газоотводные трубочки/ректальные катетеры Windi и назальный аспиратор NoseFrida.

Ежедневная гигиена малыша включает в себя умывание простой водой, чистку носа и ушей – только при необходимости, уход за промежностью и перианальной областью. Полость рта обрабатывается только в случае молочницы. На руках ногти надо стричь не реже 2 раз в неделю, на ногах – 1 раз в неделю.

Оптимальная температура в комнате – 22°C при влажности 50–70%; необходимо регулярное проветривание. Желательно из детской комнаты убрать ковры и покрывала, диванные подушки, мягкие игрушки и другие предметы, на которых может накапливаться пыль.

Меньше химии применительно к нежной коже ребенка. В случае опрелостей, потницы и прочих неприятностей применяют простые проверенные средства – отвары трав, цинковую пасту, специальные детские косметические средства.

Нежелательные последствия несвоевременного введения прикорма

Последствия раннего введения прикорма	Последствия позднего введения прикорма
Повышенная частота расстройств функции желудочно-кишечного тракта, аллергических реакций	Дефицит микронутриентов (цинк, железо и др.) – развитие дефицитных состояний, задержка роста
Формирование анаболического типа обмена с избыточным питанием – риск развития ожирения, сахарного диабета	Необходимость быстрого (иногда – одновременного) введения нескольких продуктов
Необоснованное вытеснение материнского молока – снижение иммунологической защиты	Нарушение процесса формирования и развития адекватных вкусовых привычек и предпочтений
Резкая стимуляция ферментативной и моторной активности – риск инвагинации, панкреатита, билиарных дисфункций	Отказ от твердой пищи
Риск ранней манифестации целиакии	Задержка формирования навыков жевания и глотания

Согласно современным рекомендациям по уходу за кожей детей 1-го года жизни, важно обеспечить регулярное очищение кожи. Ежедневное купание в течение 15–20 мин не только очищает кожу, но и насыщает ее роговой слой водой; после купания дети чувствуют себя лучше (Зайцева С.В. и др., 2015). Кроме того, своевременная смена подгузников/памперсов, регулярная водная обработка кожи предупреждает химическое воздействие агрессивных факторов кала и мочи, способствует уменьшению сухости кожи и интенсивности ее воспаления. При уходе за участками кожи, подверженными пеленочному дерматиту, необходим так называемый барьерный (защитный) крем (декспантенол [Бепантен] и др.). Его рекомендуют наносить на кожу зоны трусиков не реже, чем при каждой смене подгузника.

С позиций «гигиенических норм» неубедительно выглядят современные «педагогические приемы» введения прикорма ребенку раннего возраста материнской ложкой с ее тарелки (популярная картинка в странах Запада, где практикуют длительное грудное кормление). Делается это, чтобы воспитать у ребенка интерес к еде. Отказ от специального меню для малыша выгоден для семейного бюджета. Подчеркнем: следовать этой системе не обязательно, хотя поддержание у малыша интереса к еде, действительно, имеет большое значение.

Кто мог подумать, что прогулка малыша на балконе станет когда-нибудь предпочтительнее, чем лавирование малыша в коляске между автомобилями в большом городе?

Национальная программа обеспечения витамином D

Программа разработана в 2017 г. и посвящена проблеме недостаточности витамина D, остеопении и остеопорозу, при которых роль витамина D не вызывает сомнений (И.Н. Захарова, Л.Я. Климова, В.А. Курьянинова, И.Л. Никитина). Рахит и его профилактика отходят на второй план.

Витамин D – это, скорее, гормон, рецепторы к которому VDR представлены в каждой клетке человеческого организма. Нормальная обеспеченность ви-

тамином D соответствует уровню 25(OH)D₃ в крови >30 нг/мл; основные внекостные (некальциемические) эффекты витамина D реализуются при стабильном уровне >50 нг/мл.

В настоящее время выявлено большое количество патологических состояний, ассоциированных с низким потреблением витамина D (уровень доказательности IV): остеопороз, рахит, мышечная слабость, онкологические заболевания, дисфункции иммунитета и др.

Исследованиями, проведенными на разных территориях России, показано наличие круглогодичной внесезонной недостаточности витамина D у детей, не зависящей от региона и летней инсоляции. То есть все дети нуждаются в витамине D, и не только в младенчестве, но и на протяжении всего детства; возросли и рекомендуемые дозы.

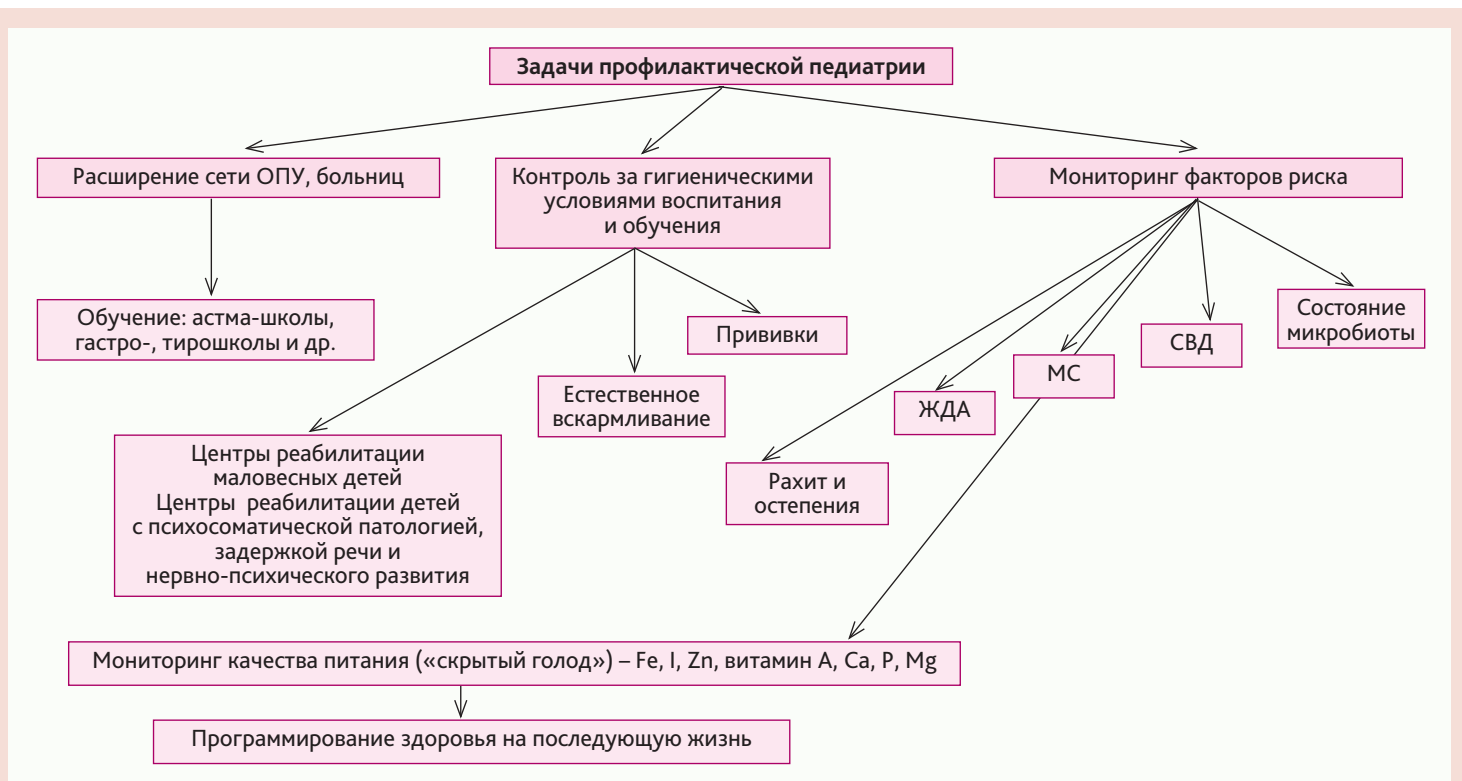
Восстановление статуса витамина D вместе с нормализацией рациона можно рассматривать как возможную альтернативу иммуномодуляторам, часто применяемым у детей для снижения частоты и тяжести респираторных инфекций. Применение 2000 МЕ/сут витамина D в течение 3 мес существенно уменьшает клинические проявления поражения кожи атопического генеза. После нормализации уровня витамина D снижается уровень IgE.

Накоплено достаточно доказательств снижения благодаря витамину D риска развития онкологических заболеваний, сахарного диабета типа 2, метаболического синдрома, сердечно-сосудистых заболеваний.

Профилактика

Для детей раннего возраста обязательны меры по профилактике железодефицитной анемии, коррекция питания по йоду. Следует принимать во внимание возможность дефицита других витаминов и микроэлементов.

Проводится иммунопрофилактика инфекций. Результаты международного исследования показали, что родители, имеющие недоношенных детей, нуждаются в дополнительной информации и профессиональной поддержке. Спектр профилактических действий медицинских работников в от-



Цели профилактической педиатрии применительно к детям раннего возраста; СВД – синдром вегетативной дистонии; МС – метаболический синдром; ЖДА – железодефицитная анемия

ношении детей раннего возраста представлен на рисунке.

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 наблюдается по отношению к табакокурению и алкоголю. Большинство некурявших совершеннолетних никогда не возьмутся за сигарету, и, поскольку никотинозависимость развивается в период юности, соблюдаются строгие возрастные ограничения. 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 надо использовать шнурок для пустышки – 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 в отсутствие взрослых;

- свет, оставленный на всю ночь в детской, плохо влияет на психику и зрение ребенка, лучше оставить мягкое освещение;
- дети раннего возраста должны «загорать» только в рассеянных лучах солнца; после года кожу малыша обязательно смазывают защитным кремом; принципы загораживания детей в XXI веке: пусть ребенок загорает, но в шапочке, темных очках, майке и под зонтиком;
- не надо укладывать грудного ребенка во время сна на живот;
- летом и если на улице солнечно и жарко, нельзя оставлять ребенка надолго 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 которых 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 ее 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, и т.д.;

- при чистке ушей не надо пользоваться ватными палочками; чтобы почистить уши, лучше использовать обычные ватные тампоны или, при обилии выделений, применяют церуменолизис – 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;
- нельзя оставлять ребенка одного в ванне; утонуть можно мгновенно и в 10 см воды;
- при переодевании на пеленальном столике необходим постоянный контроль за ребенком!
- ребенок не должен находиться рядом с источниками электромагнитных излучений и работающими электроприборами;
- требуется соблюдать правила транспортировки ребенка в автомобиле с использованием автокресла, подобранного по габаритам ребенка, и т.д.;
- ограничивают посещения общественных мест, в частности поездов, метро, магазинов; это защитит ребенка от опасных для него инфекций;
- следует обращать внимание на своевременную коррекцию синдрома младенческих коликов, который негативно влияет на аппетит, полноценность сна, качество жизни младенца;
- необходимо консультироваться с врачом-педиатром, если у ребенка апноэ, изменение цвета кожи в виде цианоза или выраженной бледности, режес – эритематозной окраски, значительное снижение мышечного тонуса, поперхивание при кормлении, рвотные движения.

Внимание к малышу в семье и в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения – залог его здоровья. При этом необходимо использовать достижения науки в этой области и не пренебрегать опытом предыдущих поколений.

Рекомендуемая литература

Аникеева Л.Ш. Педиатрия. Полный справочник для родителей. М.: ЭКСМО, 2013; 224.

Бокова Т.А. Уход за новорожденным: советы педиатра. Лечащий врач. 2018; 6: 40–2.

Григорьев К.И., Кильдиярова Р.Р. Особенности оказания сестринской помощи детям. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 272.

Григорьев К.И. Уход за ребенком: эволюция и современное состояние проблемы. Медицинская сестра. 2012; 8: 3–11.

Громова О.А., Торшин И.Ю. Витамин D. Смена парадигмы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 576.

Зайцева С.В., Застрожина А.К., Муртазаева О.А. Особенности кожного барьера у ребенка раннего возраста. Профилактика дерматита. Медицинский совет. 2015; 6: 18–22.

Запруднов А.М., Григорьев К.И. Педиатрия с детскими инфекциями: учебник для медицинских училищ и колледжей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 560.

Камалова А.А. Обновленные европейские рекомендации по введению прикорма у детей – тема для размышлений. Рос. вестник перинатол. и педиатрии. 2017; 62 (36): 92–8.

Манухин И.Б., Акуленко Л.В., Кухнецов М.И. Пропедевтика пренатальной медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 320.

Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений. Под ред Н.Л. Черной, В.В. Шилкина. СПб.: СпецЛит, 2016; 319.

Профилактическая педиатрия. Под ред. А.А. Баранова. М.: Союз педиатров России, 2012; 692.

Руководство по детскому питанию. Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коля. 4-е изд. М.: МИА, 2017; 412.

Симпозиум «D-гормон – открытие XXI века». Обзор выступлений И.Н. Захаровой, Л.Я. Климова, В.А. Курьяниновой, И.Л. Никитиной. Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2018; 1: 23–30.

Спивак И.М., Бирюкова Е.Г. Повышение психологической компетентности сестринского персонала в педиатрии: направления, формы, содержание. Педиатрическая фармакология. 2015; 12 (4): 488–93.

Уход за кожей новорожденного ребенка. Научно-обоснованные методические рекомендации. 2016. Доступ http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/ffie/uhod_zh_kojey.pdf.

Фурцев В.И. Оптимизация вскармливания детей первого года жизни: методическое пособие. Красноярск: Красноярск. гос. мед. ун-т, 2017; 161.

Blume-Peytavi U., Lavender T., Jenerowicz D., Ryumina L, Stalder J.F., Torrelo A., Cork M.J. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. Pediatric Dermatology. 2016; 33 (3): 311–21.

REQUIREMENTS FOR THE CARE AND UPBRINGING OF AN INFANT

Prof. K.I. Grigoryev, MD

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia,

1, Ostrovityanov St., Moscow 117997, Russian Federation

Child care is a scientific discipline recognized as leading in training pediatric nurses to communicate with a baby. Basic requirements for early childhood care are given.

Key words: perinatal medicine, perinatal prevention, feeding, prevention.

For reference: Grigoryev K.I. Requirements for the care and upbringing of an infant. Meditsinskaya Sestra. 2018; 20 (8): 18–25. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-08-05>