

Е.С. КЕШИШЯН¹, Н.В. АФАНАСЬЕВА²¹ Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева, Москва² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА И ЕЕ ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ, СЕМЬЕ И ВРАЧУ ПРИ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ КОЛИК ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

В статье представлены основные варианты функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей первых месяцев жизни – срыгивания, нарушение эвакуации стула, кишечные младенческие колики, клинические особенности, современный взгляд на причины и методы коррекции этих состояний (пошаговые методы облегчения болевого синдрома). Описаны методики манипуляций, помогающие при этих состояниях (постановка газоотводной трубки, очистительной клизмы у младенцев), а также основные позиции по консультированию и обучению родителей.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение детей первого года жизни, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта: срыгивания, нарушение эвакуации стула, кишечные колики у детей первых месяцев жизни, пошаговая коррекция болевого синдрома, роль медицинской сестры.

A SERIES OF EDUCATIONAL LECTURES ON THE DIFFERENT DIRECTIONS OF THE NURSE'S ACTIVITY DURING DISPENSARY MANAGEMENT

E.S. KESHISHYAN¹, N.V. AFANASIEVA²¹ E.Yu.Veltishev Research Clinical Institute of Paediatrics, Moscow² I.M.Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia

THE NURSE'S ROLE IN THE EFFECTIVENESS OF DISPENSARY MANAGEMENT OF YOUNG INFANTS. A NURSE AND HER ASSISTANCE TO AN INFANT, FAMILY AND DOCTOR WITH CORRECTION OF THE FUNCTIONAL INTESTINAL COLIC DURING THE FIRST MONTHS OF LIFE
The article presents the main variants of functional gastrointestinal disorders in young infants - possetting, evacuation disorder, intestinal infantile colic, clinical features, modern view on the causes and methods for correction of these conditions (step-by-step methods to alleviate the pain syndrome). It also describes the manipulation methods that help with these conditions (inserting a flatus tube, cleansing enema in infants), as well as the basic principles for counselling and education of parents.

Keywords: dispensary management of young infants, functional disorders of the gastrointestinal tract – possetting, evacuation disorder, intestinal infantile colic, step-by-step correction of pain syndrome, the nurse's role.

Одним из величайших достижений отечественной педиатрии является система диспансерного наблюдения детей первого года жизни, включающая регулярные осмотры педиатром, а также в декретированные сроки осмотры врачей других специальностей, включающие невролога, ортопеда-хирурга, офтальмолога, в дальнейшем стоматолога, проведение необходимых обследований – контроль уровня гемоглобина, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, аудиотест.

Все это в совокупности позволяет создать комплексную картину состояния здоровья ребенка, в ранние сроки выявить неблагополучие и начать коррекцию или лечение.

Такая система является очень действенной при ее правильной организации и четким определением задач

каждого визита к врачу и роли медицинской сестры. Важно, чтобы это были не параллельные посещения, дающие мало информации для оценки состояния ребенка, для семьи в плане помощи в уходе и очень затруднительные в самой организации работы медицинского персонала, а строго регламентированные и структурированные визиты в зависимости от особенностей ребенка и его возраста.

Если главной задачей врачей (разных специализаций) является общая оценка состояния здоровья ребенка, включая параметры соматического, неврологического здоровья, исключение возможных патологий, в частности требующих хирургической коррекции, а также выявление первых признаков патологии в процессе наблюдения и т. д., то роль медсестры заключается в непосредственном

обучении уходу за ребенком, правильности проведения лечения и оценки его эффективности для передачи информации врачу.

Опытная и обученная медсестра может стать не только помощником врача при лечении детей, но и главным подспорьем семьи при организации ухода, питания, контроля за физическим и психомоторным развитием ребенка, обучении проведения коррекционных мероприятий при различных пограничных и функциональных состояниях, свойственных детям первых месяцев жизни.

Настоящая лекция посвящена роли медицинской сестры в облегчении периода «кишечных коликов у младенца».

Нет такой семьи, которая в первые 3 месяца жизни малыша не переживала мучительных моментов крика и беспокойства ребенка. Этот момент очень страшен для родителей, ведь им совершенно не понятна причина крика, и они, естественно, боятся пропустить какое-то заболевание, которое требует оказания срочной помощи. Крики ребенка в первые месяцы жизни являются самой частой причиной обращения к медицинским работникам во всем мире.

Причин для крика и болевого приступа много, и это задача врача-педиатра – оценить, являются ли они патологическими и требующими углубленного обследования и срочного лечения или погранично-функциональными, к которым и относятся «младенческие дисфункции желудочно-кишечного тракта», которые являются проявлением сложной адаптации желудочно-кишечного тракта к внеутробному перевариванию все больших объемов пищи. К ним относятся срыгивания, неустойчивый стул и кишечные колики [2, 4, 8, 14].

Срыгивание – это непроизвольное выплескивание наружу части полученного питания. Практически все дети в первые месяцы жизни срыгивают, и в большинстве случаев это абсолютно не опасно. Ребенок может срыгнуть сразу после кормления (это чаще всего связано с излишним объемом съеденного, заглатыванием воздуха) или через некоторое время после кормления (это связано с незрелостью пищеводного сфинктера, спазмом пилорического отдела или кишечной коликой). Возможны срыгивания при слишком тугом пеленании ребенка, употреблении тугого бандажа в связи с пупочной грыжей.

Объем срыгивания может быть различным – от небольшого подтекания молока до «большой лужи», когда родителям кажется, что ребенок срыгнул весь объем.

Основное отличие рвоты от срыгивания – это участие всех мышц живота и грудной клетки в акте рвоты, вегетативная реакция – побледнение или покраснение лица перед рвотой и облегчение после рвоты. Частое срыгивание может быть ранним симптомом врожденных аномалий развития пищевода, тогда эти симптомы появляются вскоре после рождения ребенка.

Если ребенок срыгивает изредка, не более 2–3 раз в день, при этом хорошо прибавляет в весе и его общее состояние удовлетворительное, такие срыгивания неопасны и полностью исчезнут к 4–6 месяцам. Однако если

ребенок срыгивает после каждого кормления, не прибавляет в весе, его состояние ухудшается или у него появилась рвота, медсестра срочно должна оповестить врача, организовать срочную внеплановую консультацию в амбулатории (детской поликлинике) или на дому. Необходимо срочное обращение к врачу!

Часто волнение у родителей вызывают всевозможные изменения стула у ребенка. На грудном вскармливании в первые недели жизни стул может быть после каждого кормления, а также выделяться с газами. Стул на грудном молоке жидкий, с большой зоной обводнения, неомогенный, комочкообразный и кашицеобразный. Комочки могут быть более темного цвета, содержать опалесцирующие светлые включения и слизь. При переходе на смесь стул становится иным – более желтым, более гомогенным, с меньшим количеством включений. Со второго месяца частота стула начинает постепенно убывать. На грудном молоке она может сохраняться долгое время до 4–5 раз в день, на смеси – 1–2 раза в день. И то и другое не является опасным, а лишь особенностью вскармливания. Главным критерием здоровья является прибавка массы тела и общее хорошее состояние малыша.

После коликов обычно в стуле должны быть участки зелени. Также зеленый стул может быть в норме у детей с затянувшейся желтухой или при приеме каких-либо средств (чай на основе фенхеля, например, Плантекс или укропная вода), или в связи с питанием матери. Периодически появляющееся изменение стула неопасно. Однако если изменения стула, появление прожилок крови становится постоянным – это обоснование направления ребенка на внеплановую консультацию врача!

Опытная и обученная медсестра может стать не только помощником врача при лечении детей, но и главным подспорьем семьи при организации ухода, питания, контроля за физическим и психомоторным развитием ребенка, обучении проведения коррекционных мероприятий при различных пограничных и функциональных состояниях, свойственных детям первых месяцев жизни

Кишечные колики – это приступообразные боли в животе, связанные с поступлением пищи (молока или смеси), возникающие во время или через 20–30 минут после кормления. Термин «колика» происходит от греческого «коликос», что означает «боль в кишке». Функциональные колики встречаются практически у всех младенцев первых 3 месяцев жизни [20].

Патогенез функциональных кишечных коликов определяется совокупностью причин:

- Незрелость центральной и в большей мере периферической регуляции иннервации кишечника. При этом перистальтическая волна охватывает не всю кишечную трубку, а лишь ее участки, что приводит к тому, что в определенных отделах тонкого кишечника возникает резкий спазм кишки и, соответственно, боль в виде колики.

■ Незрелость ферментной системы и становление микробиоценоза определяет неполное расщепление жиров, и особенно углеводов, что приводит к более выраженному газообразованию. Последние способствуют раздуванию отдела тонкой кишки и также возникновению колики.

Другими словами, при попадании пищи в кишечник перистальтическая волна охватывает не всю кишечную трубку, а лишь ее участки. Это приводит к тому, что в определенных отделах тонкого кишечника возникает резкий спазм кишки и, соответственно, боль в виде колики; при этом в других отделах из-за затруднения перистальтической волны спазмированными участками возникает застой кишечного содержимого, что создает условия для избыточного газообразования. Этому способствует также незрелость ферментативной системы и становление микробиоценоза, что определяет неполное расщепление жиров, и особенно углеводов, перерастяжение тонкой кишки [1, 2, 16].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КИШЕЧНОЙ КОЛИКИ

Приступ, как правило, начинается внезапно, ребенок громко и пронзительно кричит. В ряде случаев приступу предшествуют характерные движения и мимика, ребенок морщится, извивается, кривит ротик, кричит и потом вдруг раздражается пронзительным криком боли. Так называемые пароксизмы могут продолжаться долго, может отмечаться покраснение лица или бледность носогубного треугольника. Живот вздут и напряжен, ноги подтянуты к животу и могут мгновенно выпрямляться, стопы часто холодные на ощупь, руки прижаты к туловищу. В тяжелых случаях приступ иногда заканчивается только после того, как ребенок полностью изнурен. Часто заметное облегчение наступает сразу после дефекации. Приступы возникают во время или вскоре (минут через 20–30) после кормления. Время наступления колики определяется ведущим звеном в патогенезе состояния: спазмом или повышением газообразования.

Изучались различные факторы, влияющие на тяжесть и продолжительность кишечных колик:

■ Как это ни удивительно, но нет прямой связи тяжести кишечных колик от вида вскармливания. На грудном вскармливании болевой синдром может быть даже более выраженным, чем при получении стандартной адаптированной смеси.

■ Многочисленными исследованиями, проведенными в последние годы в нашей стране и за рубежом, установлено отсутствие значимого влияния рациона матери на тяжесть кишечных колик. Напротив, ограничение рациона матери не уменьшает частоту и тяжесть кишечных колик, а лишь обедняет само молоко. Рацион питания матери обязательно должен быть полноценным. Однако необходимо помнить, что острые, пряные продукты, продукты, вызывающие повышенное газообразование, а также цельное коровье молоко способны провоцировать или усиливать детские колики, и использовать их в рационе необходимо аккуратно, внимательно наблюдая за состоянием малыша после их употребления.

■ Курение матери во время лактации также служит фактором риска усиленных колик за счет повышенного уровня L-мотилина в плазме и кишечнике у ребенка.

■ При некоторых ситуациях, которые замедляют формирование микробиоценоза, – преждевременные роды, кесарево сечение, длительное нахождение в неонатальном стационаре, предшествующее антибактериальное лечение, искусственное вскармливание, определенную роль в патогенезе кишечной колики может играть дисбиоз. Это требует применения пробиотических препаратов в течение 3–4 недель.

■ Транзиторная лактазная недостаточность устанавливается врачом. При этом при грудном вскармливании эффективен отказ мамы от молочных продуктов, использование фермента лактазы. При искусственном вскармливании целесообразно применение специализированных смесей, назначаемых врачом. Отказ от грудного вскармливания недопустим [1, 5, 7, 8, 15].

Срыгивание – это непроизвольное выплескивание наружу части полученного питания. Практически все дети в первые месяцы жизни срыгивают, и в большинстве случаев это абсолютно не опасно

Для облегчения младенческих кишечных колик используется так называемая степовая, или пошаговая, коррекция – от простых методов к сложным [4, 6, 9, 11].

В степовой терапии используются мероприятия для снятия острого болевого приступа и фоновая коррекция.

В задачи фоновой коррекции входит проведение мероприятий, направленных на создание благоприятного фона в кишечнике, при котором колики могут и не возникнуть.

Фоновая коррекция включает в себя следующие составляющие:

1. Психологическую подготовку родителей.
2. Поддержку грудного вскармливания.
3. Рациональное питание матери при грудном вскармливании.
4. Подбор смесей при необходимости смешанного или искусственного вскармливания.
5. Использование растительных препаратов ветрогонного действия.

Первый этап, и самый важный (чему не всегда придают большое значение), – это проведение беседы с растерянными и напуганными родителями, объяснение им причин колик, того, что это не болезнь, объяснение, как они протекают и когда должны закончиться эти муки. Снятие психологического напряжения, создание ауры уверенности помогают уменьшить боль у ребенка и выполнить правильно все назначения [4, 15–17].

Медицинский работник должен акцентировать внимание на следующих аспектах:

- Физиологическом характере кишечных колик.
- Их обязательном присутствии у всех детей.
- Обрисовать возможные проявления кишечных колик.

■ Указать на длительность кишечных колик (колики возникают на третьей неделе жизни, усиливаются на втором месяце жизни и заканчиваются в 3–4 месяца).

ПОДДЕРЖКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ МАТЕРИ

Как указывалось выше, грудное молоко – это необходимый источник не только питательных веществ, но и факторов, способствующих созреванию ребенка.

При грудном вскармливании медицинская сестра должна уточнить, правильно ли мать прикладывает ребенка к груди, как он сосет, берет ли после этого пустышку (этим вопросам будут посвящены лекции в следующих номерах журнала).

Кроме того, необходимо выяснить, как питается мать, и при сохранении разнообразия и полноценности питания предложить ограничение жирных продуктов и тех продуктов, которые вызывают метеоризм (огурцы, майонез, виноград, фасоль, кукуруза) и экстраактивных веществ (бульоны, приправы). Но вместе с тем мать, безусловно, должна питаться полноценно, также или даже лучше, чем во время беременности, а вовсе не отказываться от всего [3, 7, 9, 12, 13].

Подбор искусственного питания осуществляется врачом. Медицинская сестра должна проконтролировать технику вскармливания, положение бутылочки при кормлении и длительность приема пищи ребенком.

КОРРЕКЦИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПРИСТУПЕ КИШЕЧНЫХ КОЛИК

Учитывая то, что в основе приступа лежит спазм кишечника и повышенное газообразование в различных комбинациях превалирования того или другого компонента, симптоматическая терапия этого состояния должна быть направлена на устранение основных причин болевого синдрома.

Существуют определенные этапы действий при купировании колик:

1-й этап – использование физических методов – позу: традиционно принято удерживать ребенка в вертикальном положении или лежа на животе, желательно с согнутыми в коленных суставах ножками, на теплой грелке или пеленке. Полезен массаж области живота. Массаж живота проводится подушечками пальцев (следить за тем, чтобы ногти были обрезаны) или согнутыми пальцами, круговыми движениями снаружи внутрь, постепенно подходя к пупку. Движения должны быть не поглаживающими, а как бы выгоняющими газы из кишечника.

2-й этап – применение препаратов симетикона.

Препараты симетикона обладают ветрогонным действием, затрудняют образование и способствуют разрушению газовых пузырьков. Они не всасываются в кишечнике и после прохождения через ЖКТ выводятся из организма. Вне зависимости от интенсивности приступа и времени возникновения препараты симетикона дают малышу только во время болей, что позволяет снять боле-

вой синдром через несколько минут. Одним из препаратов симетикона, зарегистрированных в РФ, является препарат Боботик (эмульсия симетикона 30%). Препарат способствует снижению накопления газов в ЖКТ, разрешен для назначения детям с 28-го дня от рождения до 2 лет по 8 капель (20 мг симетикона) 4 раза/сут; детям с 2 лет дозировка увеличивается – 14 капель, с 6 лет – 16 капель 4 раза/сут. Чтобы ребенок легче употреблял препарат, его можно смешивать с водой или питанием.

3-й этап – пассаж газов и кала при помощи газоотводной трубки или клизмы, возможно введение свечи с глицерином.

Газоотводная трубка должна обязательно иметь закруженный конец с боковым отверстием. Есть 2 методики постановки газоотводной трубки:

- Для отвода газов.
- Для раздражения ануса с целью вызвать рефлекторное усиление перистальтики.

Обе методики можно использовать для облегчения боли при колике и снятия спазма.

В первом случае необходимо:

- Помыть руки.
- Обработать растительным или специальным детским маслом конец газоотводной трубки примерно на 10 см.
- Обработать растительным или специальным детским маслом или детским кремом область ануса.
- Поднять ножки малыша.
- Раздвинуть анус.
- Мягкими вкручивающими движениями без напора ввести трубку на 8–10 см. Не бойтесь – это глубина прямой кишки ребенка, она должна быть пройдена абсолютно легко, буквально проваливаясь вглубь, скользя внутри кишки. В этом случае из области более широкого толстого кишечника начнут отходить газы, снимется спазм и пойдет стул. Это случится через несколько минут после начала манипуляции.
- Помыть руки.

Подбор искусственного питания осуществляется врачом. Медицинская сестра должна проконтролировать технику вскармливания, положение бутылочки при кормлении и длительность приема пищи ребенком

Во втором случае необходимо сделать следующее:

- Помыть руки.
- Обработать растительным или специальным детским маслом конец газоотводной трубки примерно на 10 см.
- Обработать растительным или специальным детским маслом или детским кремом область ануса.
- Поднять ножки малыша.
- Раздвинуть анус.
- Ввести конец газоотводной трубки на 2–3 см, т.е. только для раздражения области ануса, и проделать несколько движений «вперед-назад», не вынимая трубку. Этим вы достигнете усиления перистальтического рефлекса и



ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

- ✓ У большинства детей начиная с конца первого месяца жизни могут возникнуть кишечные колики, которые связаны с приспособлением кишечника к самостоятельному питанию.
- ✓ В норме колики могут возникать во время кормления при поступлении первых порций молока или через 20–30 минут после окончания кормления, в период начала переваривания молока и образования газов. Во время колики болевой приступ выражается криком ребенка, покраснением лица, прижиманием ножек к туловищу, выгибанием ребенка. Ребенок может кратковременно затихать и вновь раздражаться криком. Длительность болевого приступа может быть от нескольких минут до получаса.
- ✓ При колике облегчения болей можно достигнуть правильным вскармливанием (длительным кормлением по требованию), изменением положения ребенка, согреванием живота, применением специальных средств, уменьшающих газообразование. Желательно заранее запастись средствами первой помощи: чаем Плантекс, препаратами симетикона, газоотводной трубочкой и детской клизмой.
- ✓ Эффекта от применения лекарственных препаратов для облегчения колики может и не быть, так как единственным доказанным средством в облегчении младенческих колик как транзиторного явления служит время, поскольку в абсолютном большинстве к 3–4 месяцам колики самостоятельно проходят.
- ✓ Срыгивание наблюдается в норме и не представляет опасности, если после срыгивания самочувствие ребенка не меняется и сохраняется постоянная прибавка массы тела. Рвота и отсутствие стула, отсутствие прибавки массы требует консультации врача для исключения патологических состояний.
- ✓ Стул на грудном молоке и при вскармливании смесью отличается по внешнему виду. При вскармливании грудным молоком стул может быть очень жидким, с небольшим количеством кашицеобразной массы, может содержать комочки и слизь. При вскармливании смесью стул более редкий, более кашицеобразный, густой и однородный. На первом месяце жизни стул может быть после каждого кормления.
- ✓ Настораживающими признаками, требующими обращения к врачу, являются рвота после каждого кормления, резкое вздутие и напряжение живота, отсутствие стула, отказ от кормления, отсутствие прибавки массы, ухудшение самочувствия ребенка – внезапная бледность, вялость, появление прожилок крови в стуле!

облегчите отделение стула, что приведет к снятию спазма и только потом – к отхождению газов.

■ Помыть руки.

Другими словами, необходимо помнить, что последовательность «отхождение газов – появление стула» при этих методиках использования газоотводной трубки будет противоположным.

Самое важное! Помните и предупредите родителей! При использовании газоотводной трубки и других механических приспособлений для активации перистальтического рефлекса с области ануса мы невольно раздражаем область геморроидальных вен. Их расположение, тонкость и хрупкость стенки сосудов абсолютно индивидуальны. Таким образом, возможна травматизация стенки и появление в стуле прожилок яркой алой крови. Появление их однократно или несколько раз в течение 1–2 часов после манипуляции с убыванием их количества и отсутствием беспокойства у малыша неопасно! Однако сохранение прожилок крови и увеличение их количества или отсутствие уменьшения требует обращения или консультирования у педиатра или хирурга. Желательно, чтобы родители показали стул ребенка медицинскому работнику, чтобы он смог убедиться в отсутствии утрирования ситуации родителями.

Относительно безопасным механическим приспособлением для усиления перистальтического рефлекса с ануса может быть небольшая детская клизма (на 50 мл) с отрезанной наполовину грушей. Такое «домашнее» приспособление ограничит введение конца трубки только областью ануса и даст возможность отвести стул и снять спазм. Нейтральные глицериновые свечи также являются безопасным и удобным способом вызвать перистальтический рефлекс ануса.

Опасным механическим приспособлением является ртутный градусник.

Если все вышеизложенные способы не дали желаемого эффекта и спазм не уменьшился, а отделение стула не наступило, в этих случаях нужно сделать ребенку клизму.

Боботик (эмульсия симетикона 30%) способствует снижению накопления газов в ЖКТ, разрешен для назначения детям с 28-го дня от рождения до 2 лет по 8 капель (20 мг симетикона) 4 раза/сут; детям с 2 лет дозировка увеличивается – 14 капель, с 6 лет – 16 капель 4 раза/сут

Клизма – это достаточно непростая манипуляция, и ее лучше показать, как делать, параллельно объясняя каждый этап.

Во-первых, детям после 1-го месяца абсолютно нецелесообразно использовать небольшую, так называемую детскую, клизму на 50 мл, так как в этом случае объем введенной воды не будет превышать 20–30 мл и наполнение кишки водой ограничится лишь прямой кишкой. Это в большинстве случаев не даст желаемого эффекта эвакуации стула, который преимущественно располага-

ется в толстом кишечнике, а спазм находится где-то в районе тонкого кишечника. В связи с этим нам надо сделать так называемую высокую, очистительную клизму. Для этого нужно взять резиновую клизму – грушу на 100 мл. Вода должна быть комнатной температуры, чистая, но не кипяченая (стерильность не требуется). Помните! Горячая вода тут же всосется в кишке. Холодная вызовет спазм и значительное охлаждение всего организма. Этот эффект обычно используется при снижении высокой температуры младенца (не прибегая или в сочетании с медикаментозными средствами).

Относительно безопасным механическим приспособлением для усиления перистальтического рефлекса с ануса может быть небольшая детская клизма (на 50 мл) с отрезанной наполовину грушей

Что нужно сделать:

- Помыть руки.
- Обработать растительным или специальным детским маслом конец клизмы.
- Обработать растительным или специальным детским маслом или детским кремом область ануса.
- Поднять ножки малыша (возможное положение малыша – положить на левый бок или на спину, последнее проще и удобнее).
- Раздвинуть анус.
- Ввести конец клизмы и достаточно быстро, под давлением (чтобы избежать ее всасывания в нижних отделах кишечника) выжать воду.
- Зажать анус и подержать так несколько минут.
- Сделать круговой массаж живота, приводящими движениями сгибать ножки по типу упражнения «велосипед» внутрь к пупку.
- Помните! Отделение стула наступит не сразу. Сначала возможно отхождение жидкости, потом газы и стул. Он будет отходить в несколько порций, что указывает на снятие спазма и улучшение перистальтики. Ребенок, который ранее кричал и плакал, тут же успокоится и повеселеет.
- Помыть руки.

4-й этап – при отсутствии положительного эффекта назначаются прокинетики и спазмолитические препараты. Эти средства назначаются врачом при отсутствии эффекта от предшествующих шагов.

Кроме того, медицинская сестра может предоставить родителям памятку для облегчения процесса консультирования, что требуется практически каждой семье.

Все вышеизложенное представляет большой и важный объем работы, который выполняет медицинская сестра при патронажах детей первых месяцев жизни, и это составляет лишь малую ее часть, касающуюся помощи ребенку и семье при облегчении симптомов младенческих кишечных колик.



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.



ВСЕГО
8
КАПЕЛЬ НА ПРИЕМ*

*Для детей до 2-х лет



Рег. № ЛСР – 006455/09 от 13.08.2009

- 💧 **НЕ СОДЕРЖИТ САХАРА И ЛАКТОЗЫ¹**
- 💧 **ФОРМА ЭМУЛЬСИИ ФИЗИОЛОГИЧНА ДЛЯ МАЛЫША²**
- 💧 **ДЕЙСТВУЕТ НЕПОСРЕДСТВЕННО В КИШЕЧНИКЕ¹**



**БОБОТИК® –
ПУСТЬ НЕ БОЛИТ ЖИВОТИК!**

АО «АКРИХИН»: 142450, МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ, НОГИНСКИЙ Р-Н, Г. СТАРАЯ КУПАВНА, УЛ. КИРОВА, Д. 29. ТЕЛ./ФАКС: +7 495 702-95-03
1. Инструкция по применению. 2. Книга для родителей о естественном вскармливании и правилах ухода за новорожденными. Костенко А.Ю., Ильенко Л.И.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельмер С.В. Лактазная недостаточность. Русский медицинский сервер. Дет. гастроэнтеролог. 2000. Belmer SV. Lactase insufficiency. Russian medical server. Children's gastroenterologist. 2000.
2. Жихарева Н.С., Хавкин А.И. Что же такое детские кишечные колики? *РМЖ*, 2006, 16: 964-966. / Zhikhareva NS, Khavkin AI. What is baby intestinal colic? *RMI*, 2006, 16: 964-966.
3. Ладодо К.С. Рациональное питание детей раннего возраста. Монография. М.: Миклош, 2009; с.265-272. /Ladodo KS. Rational nutrition of young children. Monograph. M.: Miklos, 2009; p.265-272
4. Кешишян Е.С. Кишечные колики и коррекция микробной колонизации у детей первых месяцев жизни: Клиника. Дифференциальная диагностика. Подходы к терапии. Лекция для врачей, Москва, 2007. <http://plantex.su/index.php?id=8>. Keshishyan ES. Intestinal colic and correction of microbial colonization in young infants: Clinic. Differential diagnostics. Approaches to therapy. Lecture for doctors, Moscow, 2007. <http://plantex.su/index.php?id=8>.
5. Кешишян Е.С. Проблемы диагностики и коррекции функциональных кишечных колик у детей первого года жизни, Пособие для практикующих врачей, Москва, 2010. /Keshishyan ES. Problems of diagnosis and correction of functional intestinal colic in children of the first year of life. A guide for practitioners, Moscow, 2010.
6. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Костадинова В.Н., Гетманова И.В., Малова Н.Е., Скуинь Н.А. Пребиотики и пробиотики при нарушениях кишечного микробиоценоза у детей. Пособие для врачей. Протокол № 2 от 23.03.2004г. под ред. проф. Балевой Л.С. / Korovina NA, Zakharova IN, Kostadinova VN, Getmanova IV, Malova NE, Skuin NA. Prebiotics and probiotics for disorders of intestinal microbiocenosis in children. A guide for doctors. Protocol No. 2 of 23.03.2004. Edited by Prof. Balyova LS.
7. Сорвачева Т.Н., Пашкевич В.В., Конь И.Я. Влияние характера вскармливания на первом году жизни на некоторые показатели здоровья детей в раннем возрасте. *Вопросы питания*, 2001, 4: 27-30. /Sorvacheva TN, Pashkevich VV, Kon IYa. Influence of the feeding pattern on the first year of life on some health indicators of young infants. *Voprosy Pitaniya*, 2001, 4: 27-30.
8. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Пособие для врачей. Москва, 2001: 16-17. /Khavkin AI. Functional disorders of the gastrointestinal tract in young children. A guide for doctors. Moscow, 2001: 16-17.
9. Хавкин А.И., Жихарева Н.С. Коррекция функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. *Вопросы современной педиатрии*, 2005, 5(4): 88-91. / Khavkin AI, Zhikhareva NS. Correction of functional disorders of the gastrointestinal tract in young children. *Voprosy Sovremennoy Peditrii*, 2005, 5 (4): 88-91.
10. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic: questionnaire study covering 76,747 infants. *BMJ*, 1997 May 3, 314(7090): 1325-8.
11. Garrison MM, Christakis DA. A systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics*, 2000, 106: 184-90.
12. Hill DJ, Roy N, Heine RG, Hosking CS, Francis DE et al. Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2005 Nov, 116(5): e709-15.
13. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, Eberly S, Lawrence RA. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. *Breastfeed Med*, 2006 Autumn, 1(3): 146-55.
14. Iacono G, Merolla R, D'Amico D, Bonci E, Cavataio F et al. Gastrointestinal symptoms in infancy: a population-based prospective study. *Dig Liver Dis*, 2005 Jun, 37(6): 432-8. Epub 2005 Mar 2.
15. Keefe MR, Kotzer AM, Froese-Fretz A, Curtin M. A longitudinal comparison of irritable and nonirritable infants. *Nursing Research*, 1996, 45: 4-9.
16. Saavedra MA, da Costa JS, Garcias G, Horta BL, Tomasi E, Mendonça R. Infantile colic incidence and associated risk factors: a cohort study. *J Pediatr (Rio J)*, 2003 Mar-Apr, 79(2): 115-22.
17. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic." *Pediatrics*, 1954, 14: 421-435.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Е.С. КЕШИШЯН – д.м.н., профессор, руководитель научного отдела неонатологии и патологии детей раннего возраста НИКИ педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева

Н.В. АФАНАСЬЕВА – ассистент кафедры сестринского дела ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

ГЕНЫ, ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ В X-ХРОСОМЕ, ОБЪЯСНЯЮТ ПРИЧИНУ ВЫСОКОГО РИСКА РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МАЛЬЧИКОВ ВСЕХ ВОЗРАСТОВ

Результаты данного исследования могут привести к развитию более персонализированной диагностики и методов лечения.

Ученые отмечают, что продолжительность госпитализации мальчиков в отделениях интенсивной терапии для новорожденных значительно превышает продолжительность госпитализации девочек, при этом широко распространены респираторные заболевания.

У мальчиков и молодых людей выше вероятность развития респираторного дистресс-синдрома новорожденных, бронхопневмонии, вирусного бронхита, пневмонии, крупа и детской астмы. В отличие от мальчиков, у девочек есть дополнительная копия X-хромосомы, обогащенная генами, связанными с работой иммунной системы, некоторые из которых играют ключевую роль в развитии респираторных заболеваний. Метилирование препятствует чрезмерной активности в генах, локализованных в X-хромосоме, однако многое остается неясным в том, как данный процесс влияет на риск развития заболевания дыхательных путей у младенцев.

Группа ученых охарактеризовала гендерные эпигеномные подписи в дыхательных путях человека в раннем детстве, обращая особое внимание на определение моделей метилирования ДНК X-хромосомы.

Ученые провели анализ образцов 12 новорожденных и младенцев, шесть из которых были рождены преждевременно. Исследователи идентифицировали гены, локализованные в X-хромосоме, со значительными гендерными различиями в моделях метилирования. Ученые также использовали эпителиальные культуры, собранные у 36 детей с устойчивой атопической бронхиальной астмой и 36 здоровых детей, для исследования геномных моделей метилирования ДНК и экспрессии генов.

Результаты исследования подтверждают, что X-хромосома содержит важную информацию о гендерных генетических различиях в различных тканях дыхательных путей. Более детализированные знания генетической основы гендерных различий в дыхательной системе помогут прогнозировать, предотвращать и лечить респираторные заболевания, которые могут влиять на человека в течение всей его жизни. Результаты данного исследования могут привести к развитию более персонализированной диагностики и методов лечения.

