

О.В. ГОНЧАРОВА, д.м.н., заведующим отделением охраны здоровья матери и ребенка
ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России,
Президент Общероссийской общественной организации «Союз женщин-врачей России»

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

В КАБИНЕТАХ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДЕТСКИХ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Согласно приказу Министерства здравоохранения России от 23 января 2007 г. №56
«Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники»,
в рекомендуемую структуру детской поликлиники включен кабинет здорового ребенка.

Ключевые слова: детская поликлиника, охрана здоровья, кабинет здорового ребенка, гигиенические процедуры, пеленочный дерматит, Д-Пантенол

Положение о кабинете профилактической работы с детьми (кабинете здорового ребенка) было представлено еще в Приказе от 19.01.1983 №60 Министерства здравоохранения СССР «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах» (в ред. приказа от 05.05.1999 №60 Министерства здравоохранения РФ) и действует до настоящего времени, а его деятельность осуществляется на основе методических рекомендаций «Организация работы кабинета здорового ребенка в детской поликлинике», утвержденных приказом Министерства здравоохранения СССР от 23.03.1987 №11-11/6-25 и действующих до настоящего времени.

Согласно приказу кабинет здорового ребенка организуется в составе детской городской поликлиники (отделения) для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста. В нем работает фельдшер или медицинская сестра, прошедшие подготовку по профилактической работе с детьми и просветительской работе с населением. Руководство работой кабинета осуществляет заведующий одним из педиатрических отделений. Медицинский персонал кабинета здо-

рового ребенка работает под контролем главной (старшей) медицинской сестры детской городской поликлиники (отделения).

Основными задачами кабинета здорового ребенка согласно приказу являются: пропаганда здорового образа жизни в семье; обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход и др.); санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка.

Функции кабинета здорового ребенка (персонала кабинета здорового ребенка): оказание помощи участковым врачам-педиатрам в проведении организуемых в кабинете занятий школ молодых матерей, отцов; проведение индивидуальных и коллективных бесед с родителями детей раннего возраста, выдача им памяток и методической литературы по вопросам охраны здоровья ребенка; обучение родителей методике ухода за детьми, организации режима дня, возрастным комплексам массажа, гимнастики, проведению закаливающих процедур, технологии приготовления детского питания, правилам введения докорма и прикорма; проведение работы по профилактике рахита у детей (выдача витамина Д на дом или его дача в кабинете, постановка пробы Сулковича по назначению врача); проведение индивидуальной подготовки детей к посту-

плению в дошкольное учреждение; обучение участковых медицинских сестер вопросам профилактической работы с детьми, методике массажа, гимнастики, закаливающих процедур; информирование участковых врачей-педиатров и медицинских сестер о выявленных нарушениях в развитии ребенка и ошибках, допускаемых родителями в уходе за детьми; осуществление связи с домом санитарного просвещения (в настоящее время – с Центрами медицинской профилактики и Центрами здоровья) с целью изучения и распространения новых материалов по вопросам развития и воспитания здорового ребенка; комплектация материалов для оформления кабинета, соответствующей обучающей литературы, таблиц, плакатов, пособий, памяток, выставки по основным вопросам профилактической работы со здоровым ребенком; ведение необходимой рабочей документации и учет инструктивно-методических материалов по развитию и воспитанию детей раннего возраста [1].

■ ПРЕДЛАГАЕМАЯ ПРИМЕРНАЯ ПРОГРАММА ЗАНЯТИЙ В ШКОЛЕ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ КАБИНЕТА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Занятия «Уход за новорожденным ребенком в семье»

- гигиена «уголка» ребенка в семье
- предметы ухода за ребенком
- правила ухода за ребенком (ежедневные гигиенические процедуры, купание ребенка; уход за кожей и пупочной ранкой; свободное пеленание; режим дня)
- вскармливание новорожденного (роль грудного вскармливания в формировании здоровья ребенка; искусственное вскармливание)
- влияние вредных факторов на здоровье ребенка (недопустимость вредных привычек в семье: курение, алкоголь, прием наркотических и токсических веществ)
- советы и обучение выполнению медицинских рекомендаций (приемы массажа и элементы гимнастики у новорожденного; техника измерения температуры; закапывание капель в нос, уши, глаза; постановка очистительной клизмы и введение га-

зоотводной трубки; пользование грелкой, применение согревающих компрессов; подготовка и техника дачи лекарств при назначении врача, опасность самолечения).

Краткие рекомендации к проведению занятий

ЗАНЯТИЕ 1. «Ежедневные гигиенические процедуры, купание ребенка». Рекомендации родителям

Утренние ежедневные манипуляции начинаются с подмывания ребенка.

Вымойте руки с мылом. Распеленайте ребенка на пеленальном столике.

Подмойте малыша.

Мальчиков и девочек подмывают по-разному.

Подмывание мальчика

1. Снимая использованные подгузники, задержитесь на несколько секунд – как раз в это время у мальчиков часто происходит мочеиспускание. На открытом воздухе мочеиспускание может произойти несколько раз подряд, поэтому держите под рукой специальную пеленку, чтобы не повторять сначала всю процедуру.

2. Удалите остатки фекалий с помощью увлажненных детских салфеток.

3. Другой салфеткой (или кусочком ваты, смоченным в теплой кипяченой воде) тщательно протрите все складки верхней части ног, область вокруг гениталий, яички и пенис, чтобы удалить все остатки мочи и фекалий. Очищая пенис, приоткрывайте головку.

Почти у всех детей в течение первого года жизни крайняя плоть плотно прилегает к головке пениса. К 2-м годам жизни у 50% мальчиков, а к 3-м годам – у 90% мальчиков крайняя плоть начинает полностью отодвигаться назад и тогда ее оттягивание назад и очищение складки должно стать для малыша обычной гигиенической процедурой.

Протрите анальное отверстие и ягодицы чистым кусочком ваты или смоченным в теплой воде. После этого вымойте руки.

Подмывание девочки

Снимите использованные пеленки или подгузник. Удалите остатки фекалий с помощью увлажненных

детских салфеток (или влажной марли), в направлении к анальному отверстию.

Другой салфеткой (или кусочком ваты, смоченным в теплой воде) тщательно протрите все складки верхней части ног.

Разведите ножки малышки. Раскройте большие половые губы и увлажненным ватным шариком осторожно протрите между ними по направлению спереди назад, чтобы избежать попадания микробов из анального отверстия в промежность.

Вы заметите, что между вульвой и наружными половыми губами собираются выделения, это место нужно промывать. Нормальные белые выделения из влагалища обычно скапливаются между малыши губами и входом во влагалище, их трогать не нужно.

4. Протрите анальное отверстие чистым кусочком ваты. После этого вымойте руки.

2 вариант подмывания (под струей воды из крана)

Девочек подмывают спереди назад во избежание загрязнения и инфицирования мочеполовых путей. Мальчиков подмывают в направлении от ягодиц к промежности.

Прежде чем надевать подгузник, оставьте ребенка на некоторое время без одежды. Пусть он свободно подвигает ножками, а его кожа «подышит» на воздухе.

■ Кабинет здорового ребенка организуется в составе детской городской поликлиники (отделения) для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста. В нем работает фельдшер или медицинская сестра, прошедшие подготовку по профилактической работе с детьми

Вечерние манипуляции. Купание ребенка

Купать малыша лучше вечером. С помощью специальной подставки ванночку можно закрепить на бортиках «взрослой» ванны и Вам не придется во время купания стоять в неудобной позе. А для купа-

ния ребенка в обычной ванне удобны и специальные, фиксирующие тело «креслица» с подголовником.

Обычно рекомендуют не купать ребенка до заживления пупочной ранки. На самом деле мало противопоказаний для купания малыша сразу после возвращения из родильного дома. Можно купать его даже если корочка с пупочной ранки еще не отпала, но при условии, что пупок чистый (отсутствуют выделения), а ванночка идеально вычищена и используется только для этой цели.

За несколько часов до купания осмотрите кожу головы ребенка и при наличии себорейных корочек размягчите их, смазав детским маслом для ухода за кожей (после купания нужно расчесывать волосы малыша и размягченные корочки малыша постепенно будут исчезать).

Подготовьте все, что понадобится, чтобы не отходить от малыша во время купания.

1. Вымойте ванночку (лучше всего с использованием пищевой соды) и заполните водой на 1/2 или 1/3 объема. Вначале налейте холодную, затем горячую воду, кипятить ее не обязательно, при желании можете воспользоваться фильтрами для воды, а пока не заживет пупочная ранка, добавляйте 5 капель приготовленного в аптеке 5% раствора марганцево-кислого калия (KMnO₄) на детскую ванну.

2. Измеряя температуру воды водным термометром, фиксируйте показания, не вынимая его из воды. Температура воды должна быть не выше 37 °С.

3. Малыша перед купанием подмойте.

4. Зафиксируйте ребенка левой рукой, охватив кистью руки его левую подмышечную область. Четыре пальца расположите в подмышечной впадине, большим пальцем охватите плечо сверху и снаружи, затылок и голова ребенка должны опираться на Ваше предплечье. Большим и средним пальцами правой руки охватите ножки ребенка на уровне голеностопных суставов, указательный палец поместите между ними.

5. Медленно погрузите ребенка в ванночку: сначала ягодицы, затем нижние конечности и туловище. Это положение обеспечивает наибольшее расслабление мышц. При первых гигиенических ваннах новорожденного опускайте в воду завернутым в пеленку. Ножки после погружения оставляйте сво-

бодными, голову и туловище продолжайте поддерживать левой рукой. Правая рука остается свободной для мытья ребенка. Уровень погружения в воду должен доходить до сосков, верхняя часть груди остается открытой.

■ В качестве топических средств, способствующих быстрому заживлению и восстановлению защитных свойств кожи, применяются мази и кремы на основе декспантенола. Декспантенол – производное пантотеновой кислоты. Пантотеновая кислота – водорастворимый витамин группы В – является составной частью кофермента А. Стимулирует регенерацию кожи, нормализует клеточный метаболизм, увеличивает прочность коллагеновых волокон

6. Для купания малыша Вам будут нужны две или три варежки из мягкой ткани (их можно кипятить).
7. Вначале вымойте голову специальным детским шампунем, от лба к затылку, затем шею, подмышечные области, верхние конечности, грудь, живот, нижние конечности. Тщательно промойте естественные складки. Последними обмойте половые органы и межъягодичную область. Но можно мыть голову и в конце купания.
8. Извлеките ребенка из воды в положении лицом книзу.
9. Ополосните тело и вымойте лицо водой из кувшина. Кувшин должен держать помощник. Температура воды для ополаскивания может быть ниже на 0,5 градуса.
10. Набросьте на ребенка полотенце с капюшоном и положите на пеленальный стол. В первые недели жизни у малыша очень нежная кожа, не трите его, а обсушивайте, промакивая махровым полотенцем из пористой ткани, хорошо впитывающей в себя влагу. Отдельно высушите все складки на коже, подмышечную, шейную, паховую, пупочную области.
11. Покрасневшие участки кожи промывайте с особой осторожностью водой. Для просушивания этих областей можно использовать теплый фен.

Для ухода за кожей малыша лучше пользоваться средствами какой-либо одной выбранной косметической серии.

ЗАНЯТИЕ 2. «Уход за кожей малыша»

Адекватный уход за кожей включает:

- проведение воздушных ванн;
- своевременный туалет кожи (удаление продуктов жизнедеятельности, подмывание, купание);
- применение одноразовых, влагопоглощающих подгузников, достаточная частота их смены;
- использование при купании мыла не чаще 1 раза в 5–7 дней, в небольших количествах. При подмывании ребенка допустимо применять мыло только в тех случаях, когда имеется сильное загрязнение кожи каловыми массами. При этом лучше использовать виды детского мыла, содержащие «смягчающие» компоненты (оливковое масло, масло какао или пальмовое масло) и травяные экстракты (календула, ромашка, тысячелистник и др.). Недопустимо применение у детей раннего возраста сортов мыла с антисептическими добавками, т. к. это может приводить к нарушению нормальной микрофлоры кожи, сухости, что делает кожные покровы уязвимыми и легко повреждающимися (поэтому важно использовать увлажняющие крема, лосьоны или масла);
- обработка, особенно после мытья с мылом, кожи малыша специальным увлажняющим маслом, лосьоном (содержащим насыщенные жирные кислоты, а также травяные экстракты календулы, арники, ромашки);
- применение «барьерного» крема при каждой смене подгузника (хороший эффект доказан при использовании крема или мази на основе декспантенола – Д-Пантенол и др.);
- регулярный прием препаратов витамина D. При рахите у детей могут отмечаться повышенная потливость и нарушения структуры кожи.

ЗАНЯТИЕ 3. «Пеленочный дерматит у детей раннего возраста»

Пеленочный дерматит (ПД) – это воспалительные изменения кожи в паховой и/или ягодичной областях («под подгузником»), чаще всего развивающиеся из-за нарушений гигиенического ухода [2].

ПД встречается у детей первого года жизни с частотой, по данным разных авторов, от 35 до 50%, а у более старших детей – значительно реже, что связано как с «дозреванием» защитных функций кожи и приобретением ребенком гигиенических навыков [2, 6]. Одной из причин появления ПД или недостаточного эффекта терапии являются отрывочные знания врачей и родителей по профилактике ПД и соблюдению правил ухода за кожей детей.

Анатомо-физиологические особенности кожи ребенка. Тонкий слой эпидермиса у детей первого года жизни, его повышенная влажность, слабая соединительно-тканная связь эпидермиса и дермы, недостаточная функция потовых желез, высокий уровень васкуляризации кожных покровов определяют у детей раннего возраста легкую ранимость кожи и способствуют очень быстрому развитию в ней воспалительных изменений.

Почему возникает ПД? Много лет назад исследователи указывали, что ПД развивается только в тех случаях, когда имеет место длительное воздействие на кожу ребенка мокрых и загрязненных пеленок –

это и определяло название данного заболевания; при этом считалось, что основным повреждающим фактором является аммиак, присутствующий в загрязненных пеленках. В дальнейшем было доказано, что ПД развивается циклически и его возникновение связано с комплексным воздействием различных провоцирующих и повреждающих факторов на каждом из этапов заболевания.

То есть можно сказать, что ПД – это заболевание, в патогенезе которого существенную роль играют не только непосредственно повреждающие, но и предрасполагающие факторы.

К повреждающим факторам относятся: механические (трение, повышенная влажность), химические (ферменты кала и бактерий, продукты расщепления мочевины) и микробные; а провоцирующими факторами при этом могут быть как сопутствующие заболевания (диарейный синдром, иммунодефицитные состояния, атопический дерматит и др.), так и нарушения гигиенического ухода за кожей (редкая смена подгузников, отказ от купания, неправильная обработка кожи и т. д.).

Крем Д-Пантенол

восстановит сухую
и поврежденную кожу
после солнечных ожогов

обладает легкой консистенцией
и быстро впитывается,
не оставляя следов

НИЖФАРМ 25г Д-Пантенол
НИЖФАРМ 50г Д-Пантенол
НИЖФАРМ 25г Д-Пантенол

ЭКОНОМИЧНО!

Почувствуй кожей ласку лета!

Д-Пантенол
Мазь и крем для наружного применения

Производство АО «ЯДРАН», Хорватия. Маркетинг и дистрибуция: ОАО «Нижфарм» N ЛС-001251 П N011108 www.stada.ru. Реклама.
Информация предназначена только для медицинских и фармацевтических работников.

STADA

Преобладание и выраженность тех или иных причин, провоцирующих и предрасполагающих факторов, а также индивидуальные особенности ребенка (возраст, конституция, сопутствующая патология и др.) во многом влияют на особенности течения ПД и определяют необходимость дифференцированного подхода к выбору лечебно-профилактических мероприятий в каждом конкретном случае [8].

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПД

ПД – это циклический процесс. На первом этапе происходит усиление повреждающего воздействия на кожу физических, химических и микробных факторов за счет длительного контакта кожи с «мокрыми пеленками», что приводит к повышению ее влажности, усилению «трения» и к механическому повреждению. Возрастает проницаемость кожи и повышается чувствительность к другим повреждающим факторам (химическим, микробным), например к энзимам кала (липаза, протеаза). Неблагоприятное влияние пищеварительных энзимов может усилиться, если на кожу одновременно воздействуют кал и моча. Из мочевины мочи под действием уреазы, синтезируемой микробами кала, образуется аммиак, что в свою очередь способствует увеличению активности ферментов кала (протеаза и липаза) и их токсическому воздействию на кожу вплоть до размножения на ее поверхности микроорганизмов (в частности, *Candida albicans* и *Brevibacterium ammoniagenes*) [3]. В результате этого воспаление кожи «под подгузником» дополнительно усиливается инфекционным компонентом, что не может не сказаться на степени ее выраженности и клинических проявлениях.

Клинические проявления ПД. Выделяют три степени тяжести заболевания – легкую, среднюю и тяжелую.

Легкая степень: легкая гиперемия и/или единичные элементы мелкой макуло-папулезной сыпи; воспалительные изменения носят ограниченный характер и локализованы преимущественно в области промежности (вокруг естественных отверстий), а также в области ягодич и верхней трети бедер.

Средняя степень: выраженная гиперемия, локализованная инфильтрация в месте повреждения, распространенная папулезная сыпь, редкие пустулы и эрозии. На этой стадии заболевания возрастает роль микробного воспаления и инфекционных осложнений.

Тяжелая степень (развивается при продолжительном течении заболевания) – образуются обширные инфильтраты, папулы, пузырьки, мокнутие, глубокие эрозии, изъязвления, увеличивается область поражения.

Наиболее часто легкая форма трансформируется в средне-тяжелую и тяжелую формы у детей с неблагоприятным преморбидным фоном (диарейный синдром, грибковая инфекция, дефицит витаминов – особенно группы В, микроэлементов – цинк), а также у пациентов с аллергическим и/или себорейным дерматитом [5].

Некоторые зарубежные исследователи выделяют в течении ПД стадии: 1 стадия – нарушение защитной функции рогового слоя эпидермиса; 2 – утрата кожей барьерной функции (по защите от инфекционных патогенов); 3 – нормализация состояния кожных покровов [7].

Осложнения ПД. Серьезные осложнения – это различные формы гнойно-воспалительного процесса (абсцессы, инфильтраты, импетиго), часто сопровождающиеся температурной реакцией, интоксикацией в виде нарушения аппетита, сна, характера стула, гипотрофии. Наиболее частым возбудителем при этом является золотистый стафилококк. Но практически во всех случаях осложненного ПД обнаруживают грибковую флору – в этом случае воспаление проявляется яркой гиперемией кожи в области паховых складок, ягодич, гениталий; появлением папул, везикул, которые быстро распространяются, образуя обширные области поражения, а в тяжелых случаях – эрозии и изъязвления.

ПД оказывает негативное влияние на состояние нервной и психической сферы ребенка. Об этом также должны знать родители. Так, раздражение и зуд кожи приводят к беспокойству, повышенной раздражительности ребенка, негативным эмоциям и нарушениям сна, а также к нарушениям сосудистой регуляции у детей.

Лечение ПД – это:

- устранение имеющихся нарушений со стороны кожных покровов и других органов и систем (ЦНС и др.);
- использование различных кремов и мазей (содержащих 5% декспантенол – например, Д-Пантенол, оксид цинка и другие субстанции);
- применение воздушных ванн (для аэрации пораженной ПД поверхности) и лечебных ванн с отварами различных трав (ромашка, чистотел и др.);
- физиотерапия: светолечение (фототерапия традиционная и селективная – последняя только при отсутствии признаков инфицирования ПД);
- при появлении инфицирования кожных покровов – назначение антибактериальных и противогрибковых средств для местного применения.

ПД не является аллергическим заболеванием, поэтому прием антигистаминных препаратов и использование содержащих кортикостероиды мазей и кремов при этом патологическом состоянии не показаны. По завершении терапии ПД следует продолжить профилактическое применение барьерных кремов.

В качестве топических средств, способствующих быстрому заживлению и восстановлению защитных свойств кожи, применяются мази и кремы на основе декспантенола. В состав мази и крема Д-Пантенол входит действующее вещество декспантенол 5%-ный, а также вспомогательные вещества, благодаря которым создается адекватный барьер для

влаги при нанесении мази и крема на кожу с целью профилактики и лечения ПД. Действующее вещество – декспантенол – провитамин пантотеновой кислоты (синоним – витамин В5) – является составной частью коэнзима А, участвующего во многих ферментативных реакциях аэробного метаболизма клеток. Во-первых, коэнзим А, выполняя функции промежуточного переносчика ацильных групп, способствует образованию ацетил-КоА с последующей инициацией эффективного окислительного расщепления углеводов и жирных кислот, благодаря чему образуется АТФ [2]. Таким образом, декспантенол является одним из обязательных компонентов, позволяющих нормально функционировать сложной системе клеточной биоэнергетики и метаболизма. Во-вторых, декспантенол, входящий в состав препарата Д-Пантенол, быстро превращается в клетках кожи в пантотеновую кислоту, которая играет важную роль в заживлении поврежденных кожных покровов. Показано, что препарат усиливает метаболическую активность клеток кожи, стимулируя процессы регенерации. Благодаря этому быстро восстанавливается поврежденный эпидермис и нормализуется его барьерная функция. Высокая клиническая эффективность подтверждена рядом клинических исследований [2, 4]. При использовании мази или крема Д-Пантенол также необходимо учитывать отсутствие у него антибактериального и противовирусного действия.



ЛИТЕРАТУРА

1. Анохина А.В., Валиуллин З.З. Кабинет здорового ребенка – организационная основа раннего выявления и реабилитации детей с нарушениями роста и развития зубочелюстной системы // Стоматология детского возраста и профилактика. 2007. №4. С.13–15.
2. Белоусова Н.А., Горелов А. В., Семеновых Е. Г. Лечение пеленочного дерматита у новорожденных с применением мази Д-пантенол // Педиатрия. 2002. №4. С. 54.
3. Маланичева Т.Г., Глушко Н.И., Софронов В.В., Саломыков Д.В. Особенности течения и терапии атопического дерматита у детей с грибковой колонизацией кожных покровов // Педиатрия. 2003. №5. С. 70.
4. Студеникин В. М., Студеникина Н. И. Уход за кожей детей первых лет жизни: нейропедиатрические аспекты // Леч. врач. 2008. №3. С. 66–70.
5. Чебуркин А.В., Вихирева З.Н. Предрасположенность к заболеваниям (диатезы), типы конституции и пограничные состояния у детей раннего возраста // Пособие для врачей. М.: РМАПО, 1996. 36 с.
6. Berg R.W. Etiologic factors in diaper dermatitis: A model for development of improved diapers. *Pediatrician* 1986, 14, suppl. 1: 27–33.
7. Chuh A. et al. The skin and the mind // *Aust. Fam. Physician*. 2006. V. 35. P. 723–725.
8. Jordan W.E., Lawson K.D., Berg R.W. et al. Diaper dermatitis: incidence and severity among a general population. *Pediatr Dermatol* 1986, 3: 198.