

Современные рекомендации по уходу за кожей новорожденного: традиции и инновации (обзор литературы)

Профессор И.А. Беляева

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»
Минздрава России, Москва
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Защита чувствительной кожи новорожденных, а также поддержка целостности и здорового состояния кожного барьера — важные задачи, которые стоят перед специалистами в неонатальный период, — обеспечение ухода за кожей в этот период может оказать влияние на ее здоровье в дальнейшем. Понимание уникальных отличий кожи новорожденных детей необходимо для осуществления повседневного ухода, в т. ч. для купания, ухода за пуповиной и нанесения смягчающих средств на сухую кожу. В последние годы были пересмотрены некоторые практические подходы к уходу за новорожденными, в т. ч. в плане отказа от излишней «гигиенической активности». При этом основные составляющие ухода за здоровой и поврежденной кожей младенца остаются неизменными и основываются на понимании анатомо-физиологических особенностей его кожи как одной из важнейших функциональных систем. Тактика ухода за кожей новорожденного должна быть направлена в первую очередь на предотвращение потенциально вредных воздействий факторов среды и требует смены парадигмы: от изучения того, какой продукт или режим могут быть полезными, к тому, как возможное вмешательство может привести к непредвиденным негативным последствиям.

Ключевые слова: кожа, новорожденный ребенок, уход за кожей, купание, пеленочный дерматит, D-пантенол.

Для цитирования: Беляева И.А. Современные рекомендации по уходу за кожей новорожденного: традиции и инновации (обзор литературы) // РМЖ. 2018. № 2(II). С. 125–128.

ABSTRACT

Current recommendations for a newborn's skin care: traditions and innovations (literature review)

Belyaeva I. A.

*National Medical Research Center of Children's Health, Moscow
Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow*

Protecting the sensitive skin of newborns, as well as maintaining the integrity and health of the skin barrier is a difficult but important task for professionals in the neonatal period which can have an impact on skin health in the future. Understanding the unique differences of the skin of newborn babies is essential for a daily care, including bathing, caring for the umbilical cord, and applying emollients to dry skin. In recent years, some practical approaches to the care of newborns have been revised, including excessive «hygienic activity», but the basic components of caring for a healthy and damaged skin of the baby remain unchanged and are based on an understanding of the anatomical and physiological features of the skin of a newborn baby as one of the most important functional systems. Tactics of a newborn's skin care should be aimed primarily at preventing potentially harmful influences from environmental factors and requires a paradigm shift: from examining which product or regimen can be useful, to how possible intervention can lead to unexpected negative consequences, based on from the universal postulate «do no harm».

Key words: skin, newborn baby, skin care, bathing, diaper dermatitis, D-panthenol.

For citation: Belyaeva I.A. Current recommendations for a newborn's skin care: traditions and innovations (literature review) // RMJ. 2018. № 2(II). P. 125–128.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ КАК «БАРЬЕРА» И «ЗЕРКАЛА» ОРГАНИЗМА

Проблемы обеспечения здоровья кожных покровов новорожденного ребенка не теряют своей научно-практической актуальности. Это обусловлено увеличением в популяции новорожденных удельного веса младенцев с повышенным риском нарушений здоровья, в первую очередь недоношенных, а также нарастанием частоты агрессивных факторов внешней среды (экологическое неблагополучие, распространение новых инфекций,

вредные привычки родителей) [1–3]. В последние десятилетия были пересмотрены некоторые практические подходы к уходу за новорожденными, в т. ч. в плане отказа от излишней «гигиенической активности» [2, 4]. В то же время основные составляющие ухода за здоровой и поврежденной кожей младенца остаются неизменными и основываются на понимании анатомо-физиологических особенностей кожи новорожденного как одной из важнейших функциональных систем постнатальной адаптации, осуществляющей барьерную, дыхательную,

выделительную, эндокринную, иммунную, терморегуляторную и сенсорную функции. Немаловажное значение имеет способность кожи к трансэпидермальной резорбции различных агентов [5–7].

В течение первых недель жизни младенца происходит бурное постнатальное созревание кожи, но при этом она сохраняет относительную несостоятельность — как структурную, так и функциональную, наиболее выраженную у недоношенных детей [8, 9].

На протяжении первых 1,5 мес. жизни ребенка структура его кожи изменяется: у доношенных увеличиваются плотность рогового слоя и общая толщина эпидермиса, коллаген III типа замещается более зрелым коллагеном I типа; у недоношенных эти процессы менее интенсивны, поэтому незрелые младенцы особенно склонны к переохлаждению и обезвоживанию. У этих младенцев ослаблены дермо-эпидермальные связи, что делает кожу наиболее ранимой [10]. Формирование компонентов эпидермального барьера в постнатальном онтогенезе связано с процессами кератинизации, синтезом межклеточных липидов и естественных увлажняющих факторов; причем у недоношенных все эти процессы замедлены, поэтому у них увеличена трансэпидермальная потеря влаги через кожу пропорционально гестационному возрасту (обратная зависимость) [11].

Защитная функция кожи обеспечивается также постепенным формированием ее кислотной «мантии», полезной (сапрофитной) микрофлорой и синтезом антимикробных пептидов в кератоцитах. У недоношенных детей эти функции недостаточно выражены, что повышает риск инфекций [12, 13].

Адекватная оценка состояния кожи новорожденного обязательна при любом осмотре ребенка врачом или медсестрой; в настоящее время в зарубежных странах разработаны шкалы балльной оценки состояния кожи (шкалы NSCS с учетом критериев AWHONN (Ассоциации медицинских сестер)) — различных градаций сухости, изменений цвета, наличия повреждений [4]. Тщательная оценка минимальных изменений кожи младенца позволяет врачу рано дифференцировать транзиторные дерматозы (переходные состояния) от инфекционных и неинфекционных (генетически обусловленных) поражений кожи и своевременно заподозрить патологию различных органов и систем.

Повседневный гигиенический уход за кожей здорового младенца

При повседневном гигиеническом уходе за кожей младенца используются различные детские кремы и масла, смягчающие и увлажняющие кожу (эмоленты). В настоящее время существует большое разнообразие таких средств. Не рекомендуется использовать для ухода пищевые масла, т. к. в их состав могут входить опасные для ребенка вещества. Складки здоровой кожи на шее и конечностях чаще нуждаются именно в увлажняющем, а не в подсушивающем действии средств детской косметики, в отличие от паховых складок и области промежности. Важно помнить, что консерванты, содержащиеся в пропитке детских салфеток, могут раздражать нежную кожу ребенка; поэтому необходимо тщательно следить за реакцией кожи на такой туалет и при подозрительных изменениях делать выбор в пользу влажных ватных тампонов [14, 15].

Педиатрам и другим врачам, осуществляющим наблюдение за новорожденным, важно предоставлять родителям и родственникам подробную информацию в доступной форме о правильном уходе за кожей младенца.

Рассмотрим основные аспекты адекватного ухода за кожей младенца, о которых необходимо сообщать родителям.

Утренний туалет ребенка, начиная с первых дней жизни, включает «умывание» с тщательным очищением кожи вокруг глаз стерильным ватным диском, смоченным в теплой кипяченой воде (затем обсушивают сухим тампоном), — от наружного к внутреннему углу глаза, каждый глаз — отдельным тампоном. Далее очищают носовые ходы — каждый отдельным ватным жгутиком, смоченным детским косметическим маслом. Уши ребенка, как правило, не требуют ежедневного туалета — обычно бывает достаточно очищать наружный слуховой проход ватным жгутиком 1–2 раза в неделю. Уход за шейными, подмышечными, локтевыми, коленными и голеностопными сгибами кожи у здорового ребенка для профилактики опрелостей обычно выполняется 1 раз в день (вечером после купания) — эти области слегка протираются влажными, затем сухими ватными тампонами (дисками, мягкой тканью), на них наносится смягчающее средство.

Уход за кожей области промежности, перианальной области и паха необходим при каждой смене подгузников, а не только после испражнения. Эти области промывают (протирают) ватными шариками, смоченными теплой кипяченой водой, или используют специальные детские влажные салфетки, не содержащие спирта и ароматизаторов.

После выписки из родильного дома здорового ребенка купают не менее 2–3 раз в неделю; обычно это делают вечером (перед последним или предпоследним кормлением), т. к. вечерняя ванна улучшает сон, обеспечивает эмоциональную связь ребенка с родителями и мягкую тактильную стимуляцию. Раньше не рекомендовали купать младенца до отпадения пуповинного остатка, теперь это разрешено (с его обсушиванием после купания). Очень важно соблюдать правила безопасности при купании ребенка: при добавлении в ванну воды она тщательно перемешивается до достижения оптимальной температуры (измеряется специальным термометром для воды), ребенка ни на минуту не оставляют в ванночке без присмотра. Домашнюю ванночку и плавающие игрушки обычно моют с детским мылом и ополаскивают.

КУПАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ — ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА

Правила купания младенцев в условиях стационара (родильный дом, дом ребенка, детская больница) и в домашних условиях несколько различны, т. к. контакт ребенка в медицинском учреждении с разнообразной флорой предполагает более строгий гигиенический контроль — так, необходимы тщательное мытье рук медперсонала перед купанием, использование одноразовых перчаток, дезинфекция оборудования, контроль условий окружающей среды [16, 17].

Для купания младенцев используют специальную детскую ванночку — раздетого ребенка постепенно погружают в воду до уровня плеч; иногда в ванночку погружают ребенка, завернутого в пеленку, затем постепенно разворачивают и моют каждую часть тела (при таком купании дети ведут себя спокойнее). Первое купание новорожденного (сразу после родов) преследует важную цель — удаление загрязнений кожи кровью и меконием (при этом желательно не смывать остатки первородной смазки). Установлено, что сохранение первородной смазки способствует сохранению и усилению барьерных свойств кожи ребенка [18, 19]. Здорового доношенного ребенка, состояние которого не вызывает сомнений у врача, можно купать уже через 1 ч после рождения, если температура тела (измеренная в подмышечной впадине) составляет 36,8–37,0° С. Для недоношенных время первого купания определяется строго индивидуально. Купание можно проводить как у постели роженицы, в палате совместного пребывания матери с ребенком, так и в палате новорожденных, при этом медицинский персонал обязательно надевает перчатки. Используется обычная водопроводная вода, соответствующая гигиеническим стандартам, температура воды составляет обычно 37,0–37,5° С; купание занимает 5–7 мин. После первого купания новорожденного обсушивают полотенцем, выкладывают на грудь матери и покрывают мягкой тканью.

При повседневном купании новорожденных и грудных детей не рекомендуется использовать мыло, даже детское, которое раньше рекомендовали применять 1–2 раза в неделю (в т. ч. для мытья головы). Это связано с тем, что любое мыло имеет щелочную реакцию, оно раздражает и сушит кожу, уменьшает ее естественные барьерные свойства. Поэтому в настоящее время специалисты рекомендуют использовать при купании младенцев моющие средства с нейтральным или слабокислым pH, которые содержат смягчающие вещества и защитные факторы. Эти средства, как и специальные детские шампуни, можно использовать 1–2 раза в неделю [20–24]. После обсушивания кожи выкупанного младенца мягким полотенцем проводят обработку кожных складок смягчающими средствами (эмолентами), в первую очередь используют специальные детские масла. Установлено, что эти масла (в т. ч. минеральные) наиболее безопасны, поскольку они химически инертны, имеют стабильный состав, достаточный увлажняющий и смягчающий эффект [25–27].

УХОД ЗА ПОВРЕЖДЕННОЙ КОЖЕЙ МЛАДЕНЦА

При неправильном или нерегулярном уходе за кожей ребенка, чаще — в проблемной зоне под подгузником, легко развивается опрелость или так называемый пеленочный дерматит. Опрелости могут возникать и на других участках кожи — в ее естественных складках (особенно, если младенец повышенного питания и находится в условиях

Д-Пантенол

МАЗЬ 25 и 50 г КРЕМ 25 и 50 г



Эксперт в заживлении поврежденной кожи



Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Д-Пантенол

(Мазь PH: П N011108, Крем PH: ЛС-001251). Код АТХ D03AХ03

Торговое название. Мазь, крем: Д-Пантенол. МНН. Мазь, крем: декспантенол. **ПОКАЗАНИЯ.**

Мазь: Лечение и профилактика трещин и воспаления сосков молочной железы во время лактации, опрелостей у грудных детей. Крем: Повреждения кожи легкой степени: царапины, ссадины, ожоги различного происхождения (в т.ч. солнечные), дерматиты. **ПРОТИВООКАЗАНИЯ.** Мазь, крем:

Повышенная чувствительность к одному из компонентов препарата. **ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ.** Мазь, крем:

Возможны незначительные аллергические реакции. **МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ.** Крем: Только для наружного применения. Не наносить на мокнущие раны. Мазь: Не наносить на мокнущие раны. Лечение трофических язв и плохо заживающих кожных трансплантатов должно проводиться под наблюдением лечащего врача.

Компания, принимающая претензии потребителей:

000 «ЭГИС-РУС», 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, д. 8, телефон: (495) 363-39-66

Реклама DPN_NRash_2_18

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

высокой влажности и повышенной температуры (например, избыточно одет, укутан). Развитию опрелости (дерматита) способствует редкая смена подгузников — раздражающее действие естественных выделений ребенка приводит к мацерации кожи, облегчает ее эрозирование и наложение вторичной бактериальной и/или грибковой инфекции [28–30].

Для профилактики пеленочного дерматита необходима не только частая смена подгузников (не реже чем через 1–2 ч днем и 1–2 раза за ночь), но и правильный их выбор (и по размеру, и по качеству). При использовании одноразовых подгузников нанесение жирной мази под подгузник может нарушить кожное дыхание (при применении многоразовых — марлевых или тканевых — подгузников, напротив, нанесение мази или крема показано, т. к. они создают защитную прослойку между влажной тканью и кожей) [31, 32].

Для профилактики и лечения неосложненных форм пеленочного дерматита наиболее целесообразно применять средства, обладающие мягким протективным, регенерирующим и увлажняющим эффектом. К таким средствам, в частности, относится мазь, содержащая Д-пантенол. Действующее вещество этой мази — производное пантотеновой кислоты (относится к витаминам группы В), оно стимулирует заживление при поверхностных повреждениях кожи, нормализует метаболизм клеток эпидермиса и увеличивает плотность коллагеновых волокон дермы. Благодаря входящим в ее состав воску и парафину мазь создает на поверхности кожи барьерную пленку. Для профилактики пеленочного дерматита эту мазь следует наносить сплошным тонким слоем на кожу промежности при каждой смене подгузников. Неосложненная опрелость при таком лечении проходит за 3–5 дней [33, 34].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, правильный и регулярный уход за кожей новорожденного и грудного ребенка сможет не только предотвратить дискомфорт, нарушения адаптации и снижение уровня негативных эмоций у младенца, но и предупредить развитие серьезных заболеваний.

Как следует из представленного обзора, современные тенденции ухода за кожей младенца сочетают прежде не практиковавшееся активное очищение кожи (раннее купание до отхождения остатка пуповины), а также максимально щадящее использование очищающих средств и применение только безопасных эмоментов.

Литература

1. Andersen C., Hart J., Vemgal P., Harrison C. Prospective evaluation of a multifactorial prevention strategy on the impact of nosocomial infection in very-low-birthweight infants // *Journal of Hospital Infection*. 2005. Vol. 61. P. 162–167.
2. Atherton D., Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? // *RCM Midwives*. 2004. Vol. 7. P. 288–290.
3. Boralevi F., Hubiche T., Leaute-Labreze C. Epicutaneous aeroallergen sensitization in atopic dermatitis infants-determining the role of epidermal barrier impairment // *Allergy*. 2008. Vol. 63. P. 205–210.
4. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Neonatal Skin Care: Evidence-based Clinical Practice Guideline. 3rd ed. Washington DC: AWHONN. 2013.
5. Blume-Peytavi U., Hauser M., Stamatatos G.N. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices // *Pediatr Dermatol*. 2012. Vol. 29. P. 1–14.
6. Blume-Peytavi U., Lavender T., Jenerowicz D. et al. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care // *Pediatric Dermatology*. 2016. Vol. 33 (3). P. 311–321.
7. Hoeger P., Enzmann C. Skin physiology of the neonate and young infant: a prospective study of functional skin parameters during early infancy // *Pediatr Dermatol*. 2002. Vol. 19. P. 256–262.
8. Fluhr J. W., Darlenski R., Lachmann N. Infant epidermal skin physiology: adaptation after birth // *Br J Dermatol*. 2012. Vol. 166. P. 483–490.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Правила оформления статей, представляемых к публикации в «РМЖ»

Журнал «РМЖ» принимает к печати оригинальные статьи и обзоры по всем разделам медицины, которые ранее не были опубликованы либо приняты для публикации в других печатных и/или электронных изданиях. Все материалы, поступившие в редакцию и соответствующие требованиям настоящих правил, подвергаются рецензированию. Статьи, одобренные рецензентами и редколлективом, печатаются на безвозмездной основе для авторов. На коммерческой основе в журнале помещаются информационные и/или рекламные материалы отечественных и зарубежных рекламодателей.

Последовательность оформления статьи следующая: титульный лист, резюме, текст, библиографический список, таблицы, иллюстрации, подписи к иллюстрациям.

Титульный лист должен содержать:

1. Название статьи. В названии не допускается использование сокращений, аббревиатур, а также торговых (коммерческих) названий препаратов и медицинской аппаратуры.
2. Фамилии и инициалы авторов, их ученая степень, звание и основная должность.
3. Полное название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнялась работа, а также полный почтовый адрес учреждения.
4. Фамилия, имя, отчество и полная контактная информация автора, ответственного за связь с редакцией.

Далее информация, описанная в пп. 1–4, дублируется на английском языке. В английских названиях учреждений не следует указывать их полный государственный статус, опустив термины типа федеральное учреждение, государственное, бюджетное, образовательное, лечебное, профилактическое, коммерческое и пр.).

5. Источники финансирования в форме предоставления грантов, обзоров, лекарственных препаратов или всего перечисленного, а также сообщение о возможном конфликте интересов.

Резюме должно содержать не менее 250 слов для оригинальных статей и не менее 150 слов для обзоров и быть структурированным, т. е. повторять заголовки рубрик статьи: цель, методы, результаты, заключение.

Резюме к обзору литературы не структурируется.

Ниже помещаются ключевые слова (около 10), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Акцент должен быть сделан на новые и важные аспекты исследования или наблюдений.

Резюме и ключевые слова полностью дублируются на английском языке. Переводу следует уделять особое внимание, поскольку именно по нему у зарубежных коллег создается общее мнение об уровне работы. Рекомендуется пользоваться услугами профессиональных переводчиков.

Текстовая часть статьи должна быть максимально простой и ясной, без длинных исторических введений, необоснованных повторов, неологизмов и научного жаргона. Для обозначения лекарственных средств нужно использовать международные непатентованные наименования; уточнить наименование лекарства можно на сайте <http://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>. При изложении материала рекомендуется придерживаться следующей схемы: а) введение и цель; б) материал и методы исследования; в) результаты; г) обсуждение; д) выводы/заключение; ж) литература. Для более четкой подачи информации в больших по объему статьях необходимо ввести разделы и подзаголовки внутри каждого раздела.

Все части рукописи должны быть напечатаны через 1,5 интервала, шрифт – Times New Roman, размер шрифта – 12, объем статей – до 10 страниц (до 24000 знаков).

Список литературы необходимо размещать в конце текстовой части рукописи и оформлять согласно ГОСТ Р 7.0.5.-2008. Источники в списке литературы необходимо указывать строго в порядке цитирования и нумеровать в строгом соответствии с их нумерацией в тексте статьи. Ссылку в тексте рукописи, таблицах и рисунках на литературный источник приводят в виде номера в квадратных скобках (например, [5]). Русскоязычные источники должны приводиться не только на языке оригинала (русском), но и на английском. Англоязычные источники публикуются на языке оригинала.

В список литературы следует включать статьи, преимущественно опубликованные в последние 10–15 лет в реферируемых журналах, а также монографии и патенты. Рекомендуется избегать цитирования авторефератов диссертаций, методических руководств, работ из сборников трудов и тезисов конференций.

Автор должен сохранить копии всех материалов и документов, представленных в редакцию.

Статьи, оформленные не по правилам, не рассматриваются.

Материалы для публикации в электронном виде следует направлять на адрес: postmaster@doctormedia.ru