

# Уход за ребенком и его восприятие врачом-педиатром: эволюция требований и современное состояние проблемы

К.И.Григорьев<sup>1</sup>, О.Ф.Выхристюк<sup>1✉</sup>, И.Е.Колтунов<sup>2</sup>, Л.Ф.Немтырева<sup>3</sup>, Н.М.Шустикова<sup>3</sup>,  
А.В.Ерохина<sup>2</sup>, З.А.Рахматуллина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup>РУДН, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup>Первый московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

✉ ул. Островитянова, дом 1, РНИМУ им. Н.И.Пирогова, г. Москва, 117997. o.pisec@bk.ru

## Резюме

Статья посвящена проблемам ухода за ребенком с акцентом на ранний возраст. Рассматриваются нововведения и внедрение современных инновационных технологий применительно к уходу за детьми в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Много новых тенденций касаются вопросов вскармливания и предметов ухода. Дается критический анализ теории естественного родительства. Как врач понимает чистоту ухода, профилактической педиатрии и какие меры безопасности требуется соблюдать по отношению к современным детям раннего возраста.

**Ключевые слова:** уход; ранний возраст; профилактика; вскармливание; уход за кожей; естественное родительство; отделение интенсивной терапии для новорожденных.

**Для цитирования:** Григорьев К.И., Выхристюк О.Ф., Колтунов И.Е., Немтырева Л.Ф., Шустикова Н.М. Уход за ребенком и его восприятие врачом-педиатром: эволюция требований и современное состояние проблемы. Трудный пациент. 2021; 19 (7): 26–34. doi: 10.224412/2074-1005-2021-7-26-34

## Child Care and Its Perception by Pediatricians: Evolution of Requirements and Current State of the Problem

Konstantin I. Grigoryev<sup>1</sup>, Olga F. Vykhristyuk<sup>1</sup>, Igor E. Koltunov<sup>2</sup>, Lyudmila F. Nemtyreva<sup>3</sup>,  
Natalya M. Shustikova<sup>3</sup>, Anastasia V. Erokhina<sup>2</sup>, Zulfiya A. Rakhmatullina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup>RUDN University, Moscow, Russian Federation

<sup>3</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

1 Ostrovitianov st., Moscow, 117997, Russian Federation. o.pisec@bk.ru

## Abstract

The article is devoted to the problems of child care with an emphasis on early age. It considers recent child care advances and the implementation of modern innovative technologies in the conditions of ICU for newborns. There are many new trends in feeding patterns and care items. A critical analysis of the theory of natural parenting is given. The article also describes doctors' understanding of appropriate care and preventive pediatrics, as well as what safety measures are required in relation to modern young children.

**Keywords:** care, early age, prevention; feeding; skin care; natural parenting; ICU for newborns.

**For citation:** Grigoriev K.I., Vykhristyuk O.F., Koltunov I.E., Nemtyreva L.F., Shustikova N.M., Erokhina A.V., Rakhmatullina Z.A. Child care and its perception by pediatricians: evolution of requirements and current state of the problem/ Trudnyj Pacient = Difficult Patient. 2021; 19 (7): 26–34. doi: 10.224412/2074-1005-2021-7-26-34

Научные дисциплины «Общий уход за детьми» и «Основы формирования здоровья детей» изучают будущие врачи-педиатры. Уход за детьми – ведущее направление при обучении медсестер педиатрического профиля практике общения с малышом. Созданы специальные учебники, руководства, составлены учебные программы, формулирующие требования по уходу и воспитанию как исключительно важные для педиатрии.

Каждые 5–10 лет в «индустрии детства» происходят существенные изменения в практике ухода за детьми, особенно это касается детей 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 дет-

ского питания, ниблеры (гаджеты для безопасного прикорма), «умные» игрушки, удобные разовые тампоны, мойки воздуха (ионизаторы, озонаторы), электронные молокоотсосы, воронки для сцеживания, пакеты для сбора грудного молока, видеоняни, автокресла для детей различного возраста, детские стулья-трансформеры и т.д. Техническими новшествами постоянно насыщается уход за новорожденными детьми, в связи с чем выхаживание недоношенных детей предстает как высокотехнологичный процесс, то же касается больных детей в стационаре при использовании современных технологий лечения и ухода.

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

Считается, что благодаря деятельности советских педиатров, прежде всего Г.Н.Сперанского, показатели младенческой смертности медленно, но неуклонно снижались. Если в 1913 г. младенческая смертность составляла 269,3‰, в 1925 г. – 230,4‰, то в 1930 г. – 210,3‰ [1]. Врачи активно боролись с инфекционными заболеваниями. Но для нас эти цифры заоблачные. Бережные методы родоразрешения привели к резкому снижению уровня детской заболеваемости и смертности. В 2018 г. показатели младенческой смертности составили 5,5‰ и даже их мы считаем высокими. К 2024 г. согласно национальному проекту «Здравоохранение» планируется дальнейшее снижение младенческой смертности на 18% (до 4,5‰). Такому продвижению вперед должны способствовать результаты молекулярно-генетических и биотрансформационных исследований с внедрением совершенных технологий для пренатального, неонатального и постнатального скрининга и диагностики наследственных, генетических заболеваний и синдромов, возможности мониторинга и профилактики перинатальных расстройств, распространённых инфекций и травм, выхаживания недоношенных детей [2].

Большие изменения произошли в отделениях реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН). Инновационные технологии касаются изменения принципов выхаживания новорожденных, внедрения обязательного грудного вскармливания и метода «Кенгуру». По иному воспринимаются потребности матерей недоношенных детей. Родители обычно считают себя брошенными, испытывают большой психологический стресс, когда не могут находиться постоянно со своим ребенком и ухаживать за ним. Установлено, что применение этих методов заметно улучшает настроение матерей, снижает до минимума стрессовую ситуацию, малыши быстрее и лучше проходят период адапта-

ции. Практически во всех перинатальных центрах страны в отделениях ОРИТН и недоношенных детей внедряется система неонатальной помощи с акцентом на семейно-ориентированные ценности.

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

Роль врачей и медсестер в жизни малыша в первые их дни постепенно минимизируется, так как женщины покидают роддом обычно через 3 дня после родов. Раньше в роддоме, под присмотром медсестер, матери осваивали технику кормления грудью, пеленания, умывания, ухода за кожей малыша и т.д. Сегодня женщины прекрасно справляются со всем сами, поскольку обучаются в школе материнства.

Совсем недавно малышей пеленали потуже, чтобы успокоить 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. Плюс безопасность: ребенок не выпадет из колыбели.

Теперь отношение совершенно иное, поскольку наоборот считается, что рост костей требует движения. С 80-х годов XX века у педиатров появился лозунг: «За широкое пеленание!». Смысл: своевременное формирование костей, входящих в состав тазобедренного сустава. Между ног малыша вкладывали 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» совершенно упростила этот процесс, и сделало его абсолютно доступным.

### Проверка жизнью

Режим дня со времен К.А.Раухфуса (автор «Дневника ухода») и Н.П.Гундобина отечественными педиатрами признан 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 детей (к ним по статистике относятся до 80% грудничков) неприемлем.

Правила ухода, включая кормление, укачивание, одевание, закаливание и купание, занятия и игры с детьми, 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 доми-

нирующим 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. Совершенствование методов, форм и контроля качества диспансерного наблюдения за беременными; значительны достижения современного акушерства в области медикаментозной коррекции нарушений течения беременности.

На основании рекомендаций ВОЗ разработаны принципы перинатальной профилактики, которые медицинские работники используют в своей практике, основанные на данных оценки факторов риска возникновения болезней у плода и новорожденного в неонатальный период. Выделяют 3 основных группы факторов перинатального риска [3]:

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

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 беременной – 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 первом этапе формировать группу беременных высокого риска, а на втором – 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) – скрининг ИФА крови (определение уровня PAPP-A, ХГ, АФП, неконъюгированного эстриола, ингибина А; антитела к бактериально-вирусным инфекциям); эмбриоскопия – визуальный осмотр оболочек плодного яйца и эмбриона в I триместре беременности; аспирационная биопсия ворсин хориона в I триместре беременности; экзоцеломоцентез в I триместре беременности; амниоцентез; биопсия плаценты во II триместре беременности; кордоцентез; кардиоцентез; биопсия тканей плода; УЗИ с оценкой состояния плодово-плацентарного комплекса (в том числе системой 3D-4D-сканирования); фетоскопия – визуальный осмотр плода во II и в 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 or natural parenting (органическое или 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 выделим, что можно от нее взять, поскольку разумное зерно в ней, безусловно, существует.

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

Проникновение идей ЕР, авторами которых были Уильям и Марта Сире, Ж.Ледлофф, М.Оден, И.Бауэр и другие, совпало со сменой строя в нашей стране. Подход к уходу за детьми довольно сильно отличался от принятого «советского формуляра». Отсюда довольно широкое самостийное распространение этой методики в народе. Да и сейчас, молодая семья обязательно знакомится с книгами этих авторов. Имея свободу действий, можно весьма примитивно понять некоторые положения. Интернет остается сомнительным источником информации, особенно, если просматривать претенциозные советы производителей средств ухода за детьми. Несложно заблудиться в обилии разных сведений и точек зрения. Не отказываясь от благ цивилизации, врач, чтобы помочь молодым родителям, использует научные знания, адаптированные к конкретному малышу.

Что же полезного может взять обычная мать из системы ЕР-ухода за малышом? Не берем грудное вскармливание как нормальный способ кормления ребенка. Перечислим некоторые положительные моменты, сохраняющие за собой хотя и относительную, но новизну.

**Неразлучные.** Ношение на руках и в переносках (слингах, рюкзаках) – неотъемлемая часть ЕР. Переноски облегчают прогулки, путешествия, бытовые дела. Современная городская инфраструктура, если не в автомобиле, не рассчитана на походы с колясками. Слинг помогает ощутить близость с ребенком, иногда наладить кормление грудью. Но важно помнить: сразу после родов слинг опасен, точно так же, если носить малыша в течение долгого времени. В таких случаях 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 позволяет погода и силы.

Если малыш уснул в слинге, то 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 заметить ее нечем, лучше отказаться от прогулки. Выйти на улицу – не обязанность, а инициатива матери. Правда поддерживается идея проживания вне городской черты, не в мегаполисе. Тогда свежий воздух доступен всегда. Малыш спит в коляске, играет в манеже на лужайке или на веранде, а мать находится рядом, контролируя ситуацию.

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

*Естественные потребности* или высаживание – это один из приемов ежедневного ухода за малышом. Как только ребенок подает 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, исполнению 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 это рекомендуют некоторые авторы. Ранее высаживание помогает ребенку осознать границы собственного тела.

*Рациональный выбор игрушек и развивающих игр.* Ранний возраст является важнейшим в развитии когнитивных и интеллектуальных способностей: их умелая и правильная стимуляция во многом определяет дальнейшее гармоничное развитие малыша, и педиатр должен знать, когда и какие конкретно занятия, игрушки и игры для этого необходимы [4].

*Закаливание, купание и гимнастика.* Для здоровья все это очень важно.

Хотя медицинские работники закаливанию детей уделяют мало внимания. Достаточно сказать, что последняя серьезная монография «Закаливание детей дошкольного возраста» Виктора Павловича Праздников в издательстве «Медицина» вышла в 1988 году. Кто-то выбирает раннее плавание с ныряваниями, физкультурные занятия и массаж, кто-то обливания прохладной водой и воздушные ванны. При выборе метода закаливания должно учитываться состояние здоровья малыша и возможные противопоказания. Методика закаливания должна отражать стиль жизни семьи: если малыш плавает с рождения, то плавать должны и родители и т.д.

Современные технологические приемы полностью изменили возможности купания в рамках ухода за лежачими больными. Правда это больше касается детей старшего возраста, где существуют сложности транспортировки. Применяют салфетки для мытья тела, шапочки для мытья головы без воды, гель для мытья тела без ополаскивания водой, шампунь и кондиционер для мытья головы без воды, специальное оборудование для мытья лежачего больного на кровати.

## Вскармливание

Последние основные рекомендации таковы: 1) в родильном доме с целью становления достаточной про объема и продолжительности лактации здоро-

вый новорожденный ребенок должен выкладываться на грудь матери в первые 30 мин после неосложненных родов на срок не менее 30 мин; 2) до момента становления лактации ребенка кормят столько раз, сколько 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 качественным 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 к Отечеству и постоянство в любви». Современные авторы, в частности профессор И.Н.Захаров в своей статье резюмирует: «Грудное молоко является живой тканью, оказывающей основное воздействие на формирование здоровья ребенка в отдаленном будущем» [5].

Состав молока меняется в зависимости от способа родоразрешения, стадии лактации, здоровья матери, пола ребенка и других факторов. В настоящее время выделены четыре новые важнейшие составляющие грудного молока, делающие его живым: микробиота, иммунные факторы, стволовые клетки, антиканцерогенные субстанции.

За рубежом первые смеси были запатентованы в середине XIX века и к 60–70 гг. XX века в ведущих странах Запада сформировалось мнение, что кормить грудью новорожденного вовсе не обязательно, хотя уже в 90-е все пошло в обратную сторону. Благодаря наблюдениям стало понятно, что педиатры допустили ошибку: заменить материнское молоко нечем. Появились формулы: «Больница, доброжелательная к ребенку» и др. Поддержка грудного вскармливания проводится, как было уже сказано даже в ОРИТН, причем решающее значение для налаживания грудного вскармливания приобретает обучение матерей. Мать недоношенного ребенка обязательно использует молокоотсос. При невозможности пребывания матери в ОРИТН практикуется ежедневный трансфер собранного за сутки сцеженного молока в ОРИТН и т.д. [6].

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. Получила признание концепция метаболического (пищевое) программирования. Считается доказанным влияние недостаточного и избыточного питания во время беременности, а также в первые 2 года жизни младенца на дальнейшее состояние здоровья детей и подростков [7, 8].

Широкий ассортимент «начальных/стартовых» (для детей первых 6 мес.) и «последующих» (для детей второго полугодия жизни) смесей почти полностью вытеснили смеси «от 0 до 12 мес.», а тем более неадаптированные. Признано грубой ошибкой введение 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

Нежелательные последствия несвоевременного введения прикорма Undesirable consequences of untimely introduction of complementary foods	
Последствия раннего введения	Последствия позднего введения
Повышенная частота функциональных расстройств 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

на 60–70% представлен сывороточными белками, отдельными незаменимыми аминокислотами (таурин и др.), что снижает антигенную нагрузку.

Жировой модуль формул изготавливается на основе полной или частичной замены жиров коровьего/козьего молока на смесь природных растительных масел, содержащих длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты. Наличие пальмового масла считается спорным ингредиентом из-за его воздействия на обменные процессы. Данный тип масла вызывает запоры, ухудшает усвоения Са, изменяет консистенцию стула (в копрограмме жир). В некоторых смесях (Нутрилон, Хайнц, Кабрита) производится ее замена на бета-пальмитат – пальмовое масло с искусственно усовершенствованной формулой, где гексадекановая кислота расположена так же, как и в материнском молоке.

Углеводы в смесях представлены лактозой, полимераами глюкозы, патокой из различных растений и олигосахаридами. Добавляют витаминно-минеральный комплекс, L-карнитин и т.д. Нуклеотиды являются важным компонентом для постнатального созревания пищеварительной и иммунных систем. В смеси последних поколений добавляют пре- и пробиотики, олигосахариды (комбинация галактоолигосахаридов и фруктоолигосахаридов) или бифидо-/лактобактерии, обладающие прямым влиянием на иммунные клетки и стимулирующие рост в кишечнике ребенка индигенной 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.

Положительное влияние на здоровье детей оказывает добавление в состав смесей разных биологических компонентов: α-лактальбумина, лактоферрина, остеопонтин, мембран жировых глобул молока. Созданы многочисленные специализированные смеси для детей с наследственными нарушениями обмена веществ, недоношенных и маловесных младенцев, безлактозные, антирефлюксные, для детей с кишечными коликами, аллергией. Ведутся разработки молочных смесей с добавлением иммуномодулирующих факторов, цитокинов, полученных с помощью генной инженерии [9]. Отечественная практика: по-прежнему популярны кисломолочные продукты (биолакт, детский йогурт, детский кефир и др.), обладающие многочисленными положительными свойствами. При приготовлении детского творога используется способ ультрафильтрации, что позволяет избежать потерь жира и сывороточных белков [10].

В научной литературе много пишется о преимуществе смесей на основе козьего молока: Кабрита, Мамако и др. Если учитывать результаты продаж смесей, то это далеко от истины. Кстати активным популяризатором козьего молока взамен коровьего был В.Н.Жук [11].

### Прикорм

Вводится ребенку в возрасте от 4 до 6 мес. Этот временной интервал назван «критическим окном» для формирования пищевой толерантности. Считается, что плохо как раньше, так и более позднее введение прикорма (таблица), т.е. вне «критического окна». С чего начинать? С каши или овощного пюре – решается по индивидуальным показаниям. Мнение специалистов: первое блюдо в рационе малыша, находящегося на естественном вскармливании – это должны быть продукты с высокой энергетической плотностью – каши или овощные пюре промышленного производства, обогащенные всеми необходимыми ребенку в этом возрасте минеральными веществами и витаминами. Важна максимальная «чистота» рецептуры блюда прикорма [12, 13]. Жидкая манная каша на овощном отваре пополам с молоком – воспоминания в книгах/учебниках и старых кинофильмах.

Недопустимо добавление к продуктам прикорма соли и сахара. По данным ФИЦ питания и биотехнологий, соль добавляют в пищу у 41% детей, добавленный сахар получают 29% детей до года [14].

Важность своевременного введения прикорма продиктована, с одной стороны, особенностями их психомоторного развития, с другой – необходимостью своевременного формирования правильных навыков питания. Соки, каши, овощные и мясные пюре для детского питания, произведенные в промышленных условиях, отвечают строгим требованиям к показателям безопасности. Они имеют необходимую степень измельчения без дополнительных примесей с гарантированным химическим составом, в том числе железом и целыми комплексами нутриентов, способными оказывать положительные эффекты на развитие ключевых (моторной, когнитивной, иммунной) функций у ребенка. Еда «меняет ДНК».

С позиций «гигиенических норм» не убедительно выглядят современные «педагогические приемы» введения прикорма ребенку раннего возраста материнской ложкой с ее тарелки – популярная картинка в странах Запада, где популярно длительное кормление грудью. Делается это, чтобы воспитать интерес у ребенка 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 значение.

**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, а если он начал охотно пить, то он в ней нуждался. Допаивают также больного ребенка. В остальных случаях дети, находящиеся исключи-

тельно на грудном вскармливании, в допаивании не нуждаются. Жажда малыша утоляют простой водой, а не сладкой.

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

Продукты питания для беременных и кормящих матерей. После принятия «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» на XVI Съезде педиатров России (февраль 2009 г.) большие изменения произошли в ассортименте продуктов питания для беременных женщин и кормящих матерей. Созданы специализированные продукты питания (Мама плюс, Энфа Мама, Мадонна, Балакт мама и др.), витаминизированные соки и напитки, направленные на профилактику у плода/ребенка белково-энергетического дефицита, дефицита длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) и нарушения соотношения  $\omega$ -3 и  $\omega$ -6 ПНЖК, дефицитов 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 следовало определять количество смеси, которое нужно было добавлять к грудному молоку. Сейчас предложен другой выход: никакой замены, надо чаще прикладывать к груди. Созданы специальные продукты для кормящих матерей лактогенного действия: «Аннамария-прима», «Лактамил», «Млечный путь», травяные чаи с экстрактами лактогенных трав («Тема», «ХилПП», «Хумана») и т.д. При отсутствии у матери грудного молока – первый альтернативный вариант – молоко кормилицы. Наконец оценили достижения Французской революции, когда в Париже 2/3 младенцев вскармливалося молоком кормилицы. Похоже, детей кормилиц – жителей сельских районов, за граждан никто не считал.

Соблюдение чистоты – одно из главных требований при уходе за детьми. Сейчас, правда, даже в популярных изданиях для родителей любят использовать термин «гигиенические нормы».

Стало очевидно, что использование марлевых подгузников, как это было 15–20 лет назад, в разы повышает риск появления опрелостей. Для детей используют одноразовые или на выбор многоразовые подгузники, в том числе так называемые разлагаемые экоподгузники. Выбор большой. 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.

Ежедневная гигиена малыша включает умывание простой водой, чистка носа и ушей – только при необходимости, уход за промежностью и перианальной областью. Важный фактор закаливания и влияния на терморегуляцию детей – ежедневное купание. Ежедневное купание в течение 15–20 мин не только очищает кожу, но и насыщает роговой слой водой, после купания дети чувствуют себя лучше [15]. Новое: использование специальных моющих средств при уходе за кожей рекомендуется не чаще 2 раз в неделю. Детским кремом обрабатывают только складки. Уход за пуповинным остатком не требует стерильных условий. При отпадении пупо-

винного остатка пупочную рану просушивают, оставляя ребенка на несколько минут с открытым животом. Допускается однократная обработка пупочной раны бриллиантовым зеленым [16].

Полость рта обрабатывается только в случае молочницы. На руках ногти стригут 2 раза в неделю, на ногах – 1 раз в неделю.

При наличии у ребенка опрелостей, пеленочного дерматита и трещин сосков у кормящей метрии используют средства, содержащие декспантенол, на основе ланолина (5% мазь «Бепантен» для наружного применения, «Д-пантенол» и др.) или цинксоодержащие средства (паста или мазь «Деситин», «Судокрем», суспензия «Цинтол» и др.). При присоединении воспаления нужно сначала вылечить инфекцию и только после этого с целью восстановления и питания кожных покровов применять мази [17]. Грамотный уход за кожей ребенка (средства лечебной косметики) и гигиенические меры (правильное питание матери и младенца, исключение факторов экологической и аэроаллергенной сенсibilизации), достоверно снижают риск развития атопического дерматита – самого распространенного кожного заболевания у маленьких детей [18].

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

Оптимальной температурой в комнате является 22°C при влажности 50–70%, необходимо регулярно проветривать помещение. Желательно из детской комнаты убрать ковры и покрывала, диванные подушки, мягкие игрушки и другие предметы, на которых может накапливаться пыль.

Мы поддерживаем мнение большинства ответственных специалистов-психологов, выступающих против приобщения детей первых 2 лет жизни к смартфонам и иным гаджетам.

### **Национальная программа по обеспеченности витамином D**

Программа разработана в 2017 г. и посвящена проблеме недостаточности витамина D, остеопении и остеопорозу, при которых роль витамина D не вызывает сомнений [19]. Рахит и его профилактика отходят на второй план.

Витамин D – это быстрее гормон, рецепторы к которому VDR представлены в каждой клетке человеческого организма. Нормальная обеспеченность витамином D соответствует уровню 25(OH)D<sub>3</sub> в крови выше 30 нг/мл, основные внекостные (некальциемические) эффекты витамина D реализуются при стабильном уровне выше 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.

В результате исследований, проведенных на разных территориях России, было 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 [20].

Восстановление статуса витамина D вместе с нормализацией рациона питания можно рассматривать как возможную альтернативу иммуномодуляторам, часто применяемым у детей для снижения частоты и тяжести респираторных инфекций. Использо-

Задачи профилактической медицины  
Goals of preventive pediatrics for young children



Примечание. ГРДВ – гиперактивность и дефицит внимания, СВД – синдром вегетативной дистонии; МС – метаболический синдром; ЖДА – железодефицитная анемия.

Note. ГРДВ – Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), СВД – dysautonomia; МС – metabolic syndrome; ЖДА – iron deficiency anemia.

ние 2000 МЕ/сут витамина D в течение 3 мес. уменьшает клинические проявления поражения кожи атопического генеза. После нормализации уровня витамина D было выявлено снижение уровня IgE.

Накоплено достаточно доказательств, говорящих о снижении риска развития онкологических заболеваний, сахарного диабета типа 2, метаболического синдрома, сердечно-сосудистых заболеваний.

### Ребенок и безопасность

За последние годы в корне изменились представления о безопасности в отношении 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. Соблюдают строгие возрастные ограничения.

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:

- Нельзя использовать шнурок для пустышки. Если ребенок запутается, шнурок превращается в опасный предмет.
- Нельзя оставлять ребенка с бутылочкой в кровати, тем более подпирать бутылочку валиком или игрушкой; ребенок до 8–9 мес. не должен есть и пить без участия взрослых.
- Свет, оставленный на всю ночь в детской, плохо влияет на психику и зрение ребенка. Оставим мягкое освещение.
- Дети раннего возраста должны «загорать» только в рассеянных лучах солнца. После года кожу малыша обязательно смазывают защитным кремом. Принципы загорания детей в XXI в.: пусть ребенок загорает, но в шапочке, темных очках, майке и под зонтиком.
- Не надо укладывать во время сна грудного ребенка на живот.
- Летом и если на улице солнечно и жарко, нельзя оставлять ребенка надолго в машине. Стекла, как lupa, усиливают действие солнечных лучей.
- До двух лет не следует поднимать ребенка в горы. На высоте 2000 м дети выдерживают лишь неболь-

шую прогулку, далее начинают испытывать нехватку кислорода и истинную гипоксию. Эти предостережения не относятся к перелетам на самолетах, салоны которых герметичны и где поддерживается нормальное атмосферное давление.

- Если пищу греть в микроволновой печи или разогревать бутылочку с молоком в горячей воде, то сначала надо убедиться, что смесь не перегрета, а затем предлагать ребенку.
- Сильные проявления родительской любви могут вызывать у детей неврологические проблемы: не следует подбрасывать ребенка высоко вверх, трясти «как грушу», тянуть за руки, чтобы поиграть в самолетики т.д.
- При чистке ушей не следует пользоваться ватными палочками. Чтобы почистить уши, лучше использовать обычные ватные тампоны или, при обилии выделений, применяют церуменолизис – спрей для размягчения ушной серы (А-церумен).
- Нельзя сажать ребенка в коляску или на стул с углом в 90° раньше времени, пока ему не исполнится 5–6 мес., и он не научился делать это самостоятельно.
- Детский стул должен стоять 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.
- Переодевание на пеленальном столе: постоянный контроль за ребенком!
- Ребенок не должен находиться рядом с источниками электромагнитных излучений и работающими электроприборами.
- Требуется соблюдать правила транспортировки ребенка в автомобиле, используя автокресло, подобранное по габаритам ребенка и т.д.
- Ограничивают посещения общественных мест, в частности, поездов, метро, магазинов (в отличие от зарубежных рекомендаций).
- Необходимо консультироваться с врачом-педиатром, если у ребенка: апноэ, изменение цвета кожи в виде цианоза или выраженной бледности, реже эритематозной окраски, значительное снижение мышечного тонуса, поперхивания при кормлении и рвотные движения.
- Следует обращать внимание на раннюю коррекцию синдрома младенческих коликов, который ока-

зывает влияние на аппетит, полноценность сна, качество жизни младенца.

### Профилактика

Именно для обеспечения работы профилактической педиатрии в стране создана служба охраны здоровья матери и ребенка. Одно из достижений – 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 и др. 5 Основой профилактической работы как раньше, так и сейчас остается научно обоснованная методология определения состояния здоровья детей [21]. Комплексная картина состояния здоровья ребенка, включая новорожденного, позволяет в ранние сроки выявить неблагополучие и начать коррекцию или лечение [22, 23].

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. С открытием Центров восстановительного лечения при крупных детских стационарах для детей, рожденных с ОНМТ и ЭНМТ, появилась возможность комплексной оценки состояния здоровья ребенка с привлечением специалистов (неонатолог, невролог, офтальмолог, физиотерапевт и др. в случае клинических показаний) для формирования персонализированной дорожной карты лечения и реабилитации. Серьезная проблема для глубоко недоношенных детей – частые поражения ЦНС, зрительных анализаторов, наличие бронхолегочной дисплазии, нарушения моторики и переваривания в желудочно-кишечном тракте. По данным И.М.Османова и др. (24), у 18% детей достигается полное купирование патологических изменений, у 78% – серьезная положительная динамика. Спектр профилактических действий медицинских работников в отношении детей раннего возраста представлен на рисунке.

С позиций сегодняшнего дня нельзя не учитывать роль дефицита магния, играющего решающую роль в расстройствах реакций адаптации, способствующий развитию болезней, ассоциированным со стрессом [25]. Помимо снижения распространенности болезней, обусловленных экзогенными причинами (нарушения питания и др.), необходимо внедрение методов профилактики врожденных и генетически детерминированных форм патологии, а также заболеваний мультифакториального генеза, имеющих наследственную предрасположенность – гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, сахарный диабет и др. [26].

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

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

### Литература / References

- Ковтюх Г.С., Полунина Н.В., Трефилова О.А. Роль Г.Н.Сперанского в борьбе с детской смертностью в 1920–1940-е годы. Лечебное дело. 2018; 4: 74–77. doi: 10.24411/2071-5315-2018-12069. [Kovtyukh G.S., Polunina N.V., Trefilova O.A. The role of G.N. Speransky in the fight against infant mortality in the 1920s–1940s. General medicine. 2018; 4: 74–77. (in Russian)]
- Румянцев А.Г. Приоритеты фундаментальной педиатрии в контроле младенческой и детской смертности. Педиатрия им. Г.Н.Сперанского. 2019; 98 (2): 8–13. doi: 10.24110/0031-403X-2019-98-2-8-13. [Rumyantsev A.G. Priorities of fundamental pediatrics in the control of infant and child mortality. Pediatrics. 2019; 98 (2): 8–13. (in Russian)]
- Манухин И.Б., Акуленко Л.В., Кузнецов М.И. Пропедевтика пренатальной медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 320. [Manukhin I.B., Akulenko L.V., Kuznetsov M.I. Propedeutics of prenatal medicine. M.: GEOTAR-Media, 2015; 320. (in Russian)]
- Донин И.М. Позиция педиатра в рациональном выборе игрушек и развивающих игр у детей. Педиатрия им. Г.Н.Сперанского. 2003; 5: 79–81. [Donin I.M. The position of the pediatrician in the rational choice of toys and educational games for children. Pediatrics. 2003; 5: 79–81 (in Russian)]
- Захарова И.Н. Грудное молоко – важный элемент программирования здоровья в течение последующей жизни. Участковый педиатр. 2018; 5: 5–7. [Zakharova I.N. Breast milk is an important element of health programming for later life. District pediatrician. 2018; 5: 5–7. (in Russian)]
- Hi+Med. Высокие технологии в медицине. Поддержка грудного вскармливания в условиях реанимации и интенсивной терапии новорожденных. 2017; 46 (4). Спец-выпуск: 5. [Hi + Med. High technologies in medicine. Breast feeding support in resuscitation and intensive care of newborns. 2017; 46 (4): Special issue: 5. (in Russian)]
- Конь И.Я. Функциональное питание и здоровье ребенка. Эффективная фармако-терапия. Педиатрия. 2014; 34 (4): 40–44. [Konye I.Ya. Functional nutrition and child health. Effective pharmacotherapy. Pediatrics. 2014; 34 (4): 40–44. (in Russian)]
- Нетребенко О.К. Программирование питания (метаболическое программирование) на ранних этапах развития. Педиатрия им. Г.Н.Сперанского. 2012; 92 (1): 84–92. [Netrebenko O.K. Nutritional programming (metabolic programming) in the early stages of development. Pediatrics. 2012; 92 (1): 84–92. (in Russian)]
- Micetic-Turk D., Sikic Pogacar M. Современные возможности и будущее в создании детских молочных смесей. Педиатрия. Consilium medicum. 2018; 1: 10–14. doi: 10.26442/2413-8460\_2018.1.10-14. [Micetic-Turk D., Sikic Pogacar M. Modern opportunities and the future in the creation of infant formula. Pediatrics. Consilium medicum. 2018; 1: 10–14. (in Russian)]
- Файзуллина Р.А., Самороднова Е.А., Федотова О.Б. Кисломолочные продукты в питании детей раннего возраста: эволюция от традиционных к функциональным. Рос.вестник перинатол.и педиатрии. 2019; 64 (4): 133–139. doi: 10.21508/1027-4065-2019-64-4-133-140. [Faizullina R.A., Samorodnova E.A., Fedotova O.B. Fermented milk products in the nutrition of young children: evolution from traditional to functional. Ros Vestn Perinatal Pediatr. 2019; 64 (4): 133–139. (in Russian)]
- Альтернатива традиции: смеси на основе козьего молока. Детский доктор (Морозовская городская клиническая больница). 2016; 3 (3): 1–6. [An alternative to tradition: goat milk-based mixtures. Children's doctor (Morozov City Clinical Hospital). 2016; 3 (3): 1–6. (in Russian)]
- Горбачевский П.Р., Парамонова Н.С., Украинцев С.Е. Прикорм: сроки введения, продукты, долговременные эффекты. Педиатрия им. Г.Н.Сперанского. 2020; 99 (4): 141–149. doi: 10.24110/0031-403X-2020-99-4-141-149. [Gorbachevsky P.R., Paramonova N.S., Ukraintsev S.E. Complementary feeding: timing of introduction, products, long-term effects. Pediatrics. 2020; 99 (4): 141–149. (in Russian)]
- Камалова А.А. Обновленные европейские рекомендации по введению прикорма у детей – тема для размышлений. Российский вестник перинатол.и педиатрии. 2017; 62 (36): 92–98. doi: 10.21508/1027-4065-2017-62-6-92-98 / Kamalova A.A. The updated European guidelines for the introduction of complementary foods in children are a topic for thought. Ros.Vestn Perinatal Pediatr. 2017; 62 (36): 92–98. (in Russian)]
- Пырьева Е.А., Сафронова А.И., Гмошинская М.В. Особенности формирования пищевого поведения у детей в РФ на первом году жизни по данным ретроспективного исследования. Фарматека. 2019; 26 (1): 8–15. doi: 10.18565/pharmateca.2019.1.8-15. [Pyreva E.A., Safronova A.I., Gmoshinskaya M.V. Features of the formation of eating behavior in children in the Russian Federation in the first year of life according to a retrospective study. Pharmateca. 2019; 26 (1): 8–15. (in Russian)]



15. Зайцева С.В., Застрожина А.К., Муртазаева О.А. Особенности кожного барьера у ребенка раннего возраста. Профилактика дерматита. Медицинский совет. 2015; 6: 18–22.  
[Zaitseva S.V., Zastrozhina A.K., Murtazaeva O.A. Features of the skin barrier in a young child. Prevention of dermatitis. Medical Advice. 2015; 6: 18–22. (in Russian)]
16. Уход за кожей новорожденного ребенка. Научно-обоснованные методические рекомендации. 2016. Доступ [http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/ffie/uhod\\_zh\\_kojey.pdf](http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/ffie/uhod_zh_kojey.pdf).  
[Newborn baby skin care. Scientifically grounded methodological recommendations. 2016. Access [http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/ffie/uhod\\_zh\\_kojey.pdf](http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/ffie/uhod_zh_kojey.pdf). (in Russian)]
17. Бережная И.В., Захарова И.Н. Нежная кожа ребенка. DNA health. 2020; 21: 68–73.  
[Berezhnaya I.V., Zakharova I.N. Baby's delicate skin. DNA health. 2020; 21: 68–73. (in Russian)]
18. Тамразова О.Б. Факторы риска развития атопического дерматита у грудных детей. Медицинский совет. 2018; 17: 182–186. doi: 10.21518/2079-701X-2018-17-182-186.  
[Tamrazova O.B. Risk factors for the development of atopic dermatitis in infants. Medical Advice. 2018; 17: 182–186. (in Russian)]
19. 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.  
[Symposium «D-hormone – a discovery of the XXI century». Review of speeches by I.N.Zakharova, L.Ya.Klimov, V.A.Kuryaninova, I.L. Nikitina. Pediatrics (Supplement to the journal Consilium Medicum). 2018; 1: 23–30. (in Russian)]
20. Громова О.А., Торшин И.Ю. Витамин D. Смена парадигмы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 576.  
[Gromova O.A., Torshin I.Yu. Vitamin D. Paradigm shift. M.: GEOTAR-Media, 2017; 576. (in Russian)]
21. 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.  
[Newborn baby. Fundamentals of health assessment and recommendations for the prevention and correction of its disorders. Ed. by N.L.Chernoy, V.V.Shilkina. SPb.: SpetsLit, 2016; 319. (in Russian)]
22. Профилактическая педиатрия. Под ред. А.А.Баранова. М.: Союз педиатров России, 2012; 692.  
Preventive Pediatrics. Ed. A.A.Baranova. Moscow: Union of Pediatricians of Russia, 2012; 692. (in Russian)]
23. Таточенко В.К. К вопросу об определении состояния здоровья детей. Права ребенка. 2003; 8 (1): 27–31.  
[Tatochenko V.K. On the question of determining the state of health of children. Child rights. 2003; 8 (1): 27–31. (in Russian)]
24. Османов И.М., Миронова А.К., Заплатников А.Л. Современные подходы к повышению качества оказания медицинской помощи недоношенным детям в московском здравоохранении. Рос.вестник перинатол.и педиатрии. 2020; 65 (1): 5–10. doi: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-5-10.  
[Osmanov I.M., Mironova A.K., Zaplatnikov A.L. Modern approaches to improving the quality of medical care for premature babies in Moscow healthcare. Ros. Vestn Perinatol Pediatr. 2020; 65 (1): 5–10. (in Russian)]
25. Григорьев К.И. Стресс и метеoadaptация в детском возрасте. М.: МЕДпресс-информ, 2018; 320.  
[Grigoriev K.I. Stress and meteoroadaptation in childhood. Moscow: MEDpress-inform, 2018; 320. (in Russian)]
26. Новиков П.В. Нутригеномика и нутригеномика – новые направления в нутрициологии в постгеномный период. Вопросы детской диетологии. 2012; 10 (1): 44–52.  
[Novikov P.V. Nutrigenetics and nutrigenomics – new trends in nutrition in the post-genomic period. Vopr Detsk Dietetics 2012; 10 (1): 44–52. (in Russian)]

#### Информация об авторах / Information about the authors

**Григорьев Константин Иванович** – д. м. н., профессор кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей факультета дополнительного профессионального образования РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва, Российская Федерация. Scopus Author ID: 56848239000, ORCID: 0000-0002-4546-1092

**Выхристюк Ольга Филипповна** – д. м. н., профессор кафедры педиатрии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва, Российская Федерация. Scopus Author ID: 57200041816. SPIN-код: 2245-1332. ORCID: /0000-0002-0352-9642. RID: AAG-6257-2021

**Колтунов Игорь Ефимович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой доказательной медицины медицинского института РУДН, Москва, Российская Федерация. ORCID: 0000-0002-3041-5384. Scopus Author ID: 650703370. SPIN-код: 4283-2321. RID: M-2516-2017

**Немтырева Людмила Федоровна** – заслуженный работник здравоохранения РФ, ассистент кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)», Москва, Российская Федерация. ORCID: 0000-0003-3941-713X. SPIN-код: 7857-3110. Scopus Author ID: 57215603542

**Шустикова Наталья Михайловна** – к.м.н., доцент кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)», Москва, Российская Федерация. ORCID: 0000-0002-4400-3583. Scopus Author ID: 57217049042. SPIN-код: 7857-3110

**Ерохина Анастасия Валерьевна** – к.м.н., ассистент кафедры доказательной медицины медицинского института РУДН, Москва, Российская Федерация. SPIN-код: 8185-1667. Scopus Author ID: 57209712318. ORCID: 0000-0002-0198-2312. RID: AAG-3900-2021

**Рахматуллина Зульфия Альбертовна** – к.м.н., ассистент кафедры доказательной медицины медицинского института РУДН, Москва, Российская Федерация. SPIN-код: 4118-2800. ORCID: 0000-0003-3403-843X

**Konstantin I. Grigoryev** – D.Sc. in medicine, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation. Scopus Author ID: 56848239000, ORCID: 0000-0002-4546-1092.

**Olga F. Vykhristyuk** – D.Sc. in medicine, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation. Scopus Author ID: 57200041816, SPIN-code: 2245-1332, ORCID: 0000-0002-0352-9642, RID: AAG-6257-2021.

**Igor E. Koltunov** – D.Sc. in medicine, Professor, RUDN University, Moscow, Russian Federation. ORCID: 0000-0002-3041-5384, Scopus Author ID: 650703370, SPIN-code: 4283-2321, RID: M-2516-2017.

**Lyudmila F. Nemtyreva** – Honored healthcare worker of the Russian Federation, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation. ORCID: 0000-0003-3941-713X.

**Natalya M. Shustikova** – Ph.D. in medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation. ORCID: 0000-0002-4400-3583, natalie.shustikova@gmail.com .

**Anastasia V. Erokhina** – Ph.D. in medicine, RUDN University, Moscow, Russian Federation. SPIN-код: 8185-1667, Scopus Author ID: 57209712318, ORCID: 0000-0002-0198-2312, RID: AAG-3900-2021

**Zulfiya A. Rakhmatullina** – Ph.D. in medicine, RUDN University, Moscow, Russian Federation. SPIN-код: 4118-2800, ORCID: 0000-0003-3403-843X.

Статья поступила / The article received: 02.03.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 10.12.2021