9. *Ponder D.L., Innis S.M., Benson J.D. et al.* Docosahexaenoic acid status of term infants fed breast milk or infant formula containing soy oil or corn oil. Pediatr. Res. 1992; 32: 683–688.

10. *Makrides M., Simmer K., Goggin M. et al.* Erythrocyte docosahexaenoic acid correlates with the visual response of healthy term infants. Pediatr. Res. 1993; 34: 425–427.

11. *Clark K.J., Makrides M., Neumann, M.A. et al.* Determination of the optimal ratio of linoleic acid to α-linolenic acid in infant formulas. J. Pediatr. 1992; 120: I51–158.

12. *Innis S.M., Auestad N., Siegman J.S.* Blood lipid docosahexaenoic and arachidonic acid in term gestation infants fed formulas with high docosahexaenoic acid, low eicosapentanaeoic acid fish oil. Lipids 1996; 31: 617–625.

13. *Jensen C.L., Chen H., Fraley, J.K. et al.* Biochemical effects of dietary linoleic and α-linolenic acid ratio in term infants. Lipids. 1996; 31: 107–113.

14. *Makrides M., Neumann M.A., Simmer K. et al.* Erythrocyte fatty acids of term infants fed either breast milk, standard formula, or formula supplemented with long-chain polyunsaturates. Lipids. 1995; 30: 941–948.

15. *Farquharson J., Cockburn F., Patrick W.A.* Infant cerebral cortex phospholipid fatty-acid composition and diet. Lancet. 1992; 340: 810–813.

16. *Makrides M., Neumann M.A., Byrad R.W. et al.* Fatty acid composition of brain, retina, and erythrocytes in breast- and formula-fed infants. Am. J. Clin. Nutr. 1994; 60: 189–194.

17. *Gibson R.A., Chen W., Makrides M.M.* Randomized trials with polyunsaturated fatty acid interventions in preterm and term infants: functional and clinical outcomes. Lipids. 2001; 36: 873–883.

18. *Reisbick S, Neuringer M, Gohl E et al.* Visual attention in infant monkeys: effects of dietary fatty acids and age. Dev. Psychol. 1997; 33: 387–395.

19. *Makrides M., Neumann M.A., Simmer K. et al.* Are long-chain polyunsaturated fatty acids essential nutrients in infancy? Lancet. 1995; 345: 1463–1468.

20. *Carlson S., Ford A.J., Werkman S.H. et al.* Visual acuity and fatty acid status of term infants fed human milk and formulas with and without docosahexaenoate and arachidonate from egg yolk lecithin. Pediatr. Res. 1996; 39: 882–888.

21. *Birch E.E., Hoffman D.R., Uauy R. et al.* Visual acuity and the essentiality of docosahexaenoic acid and arachidonic acid in the diet of term infants. Pediatr. Res. 1998; 44: 201–209.

22. *Hoffman D.R., Birch E.E., Birch D.G. et al.* Impact of early dietary intake and blood lipid composition of long-chain polyunsaturated fatty acids on later visual development. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2000; 31: 540–553.

23. *Birch E.E., Garfield S., Hoffman D.R. et al.* A randomized controlled trial of early dietary supply of long-chain polyunsaturated fatty acids and тental development in term infants. Dev. Med. Child. Neurol. 2000; 42: 174–181.

24. *Agostoni C., Trojan S., Bellu R. et al.* Neurodevelopmental quotient of healthy term infants at 4 months and feeding practice: The role of longchain polyunsaturated fatty acids. Pediatr. Res. 1995; 38: 262–266.

25. *Agostoni C., Trojan S., Belu R. et al.* Developmental quotient at 24 months and fatty acid composition of diet in early infancy: a follow up study. Arch. Dis. Child. 1997; 76: 421–424.

26. *Willatts P., Forsyth J.S., Dimodugno M.K. et al.* The effects of long-chain polyunsaturated fatty acids оп infant attention and cognitive behaviour. Ed. David TJ. ed. Major controversies in infant пitrition: International congress and symposium series №215. London: Royal Society of Medicine, 1996: 57–70.

27. *Willatts P., Forsyth J.S., Dimodugno M.K. et al.* Effect of long-chain polyunsaturated fatty acids in infant formula on problem solving at 10 months of age. Lancet. 1998; 352: 688–691.

28. *Bitman J., Wood L., Hamosh M. et al.* Comparison of the lipid composition of breast milk from mothers of term and preterm infants. Am. J. Clin. Nutr. 1983; 38: 300–312.

29. *Harzer G., Haug M., Dieterich L. et al.* Changing patterns of human milk lipids in the course of the lactation and during the day. Am. J. Clin. Nutr. 1983; 37: 612–621.

30. *Howie P.W., Forsyth J.S., Ofston S.A. et al.* Protective effect of breast feeding against infection. BMJ. 1990; 300: 11–16.

31. *Wilson A.C., Forsyth J.S., Greene S.A. et al.* Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee feeding study. BMJ. 1998; 316: 21–25.

32. *Anderson J.W., Johnstone B.M. and Remley O.T.* Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. Am. J. Clin. Nutr. 1999; 70: 525–535.

33. *Williams C., Birch E.E., Emmett P.M. et al.* Stereoacuity at age 3,5 y in children born full-term is associated with prenatal and postnatal dietary factors: a report from a population-based cohort study. Am. J. Clin. Nutr. 2001; 73: 316–322.

34. *Wijendran У., Huang M.C., Diau G.Y. et al.* Efficacy of dietary arachidonic acid provided as triglyceride or phospholipid as substrates for brain arachidonic accretion in baboon neonates. Pediatr. Res. 2002; 51: 265–272.

35. *Carlson S.E., Werkman S.H., Peeples J.M. et al.* Arachidonic acid status correlates with first year growth in preterm infants. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1993; 90: 1073–1077.

36. *Makrides M., Neumann M.A., Simmer K. et al.* Dietary long-chain polyunsaturated fatty acids do not influence growth of term infants: A randomized clinical trial. Pediatr. 1999; 104: 468–475.

© Коллектив авторов, 2007

О.К. Нетребенко[1], С.Е. Украинцев[2]

КИСЛОМОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ И КИСЛОМОЛОЧНЫЕ СМЕСИ: ЧТО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ПИТАНИИ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ?

[1]РГМУ, [2]Нестле-Россия, Москва

Кисломолочные продукты (КМП) используются в питании людей с древнейших времен. Ферментирование молока является прекрасным способом продлить срок его использования, кроме того, придает молочным продуктам функциональные свойства.

Ферментированные продукты используются в разных странах и практически все этнические

группы имеют свои собственные способы их приготовления. Одним из наиболее распространенных КМП в России является кефир. Кефир приготавливается ферментированием коровьего молока комплексом молочнокислых бактерий и грибков, в состав которых входят лактобациллы, лактококки, ацеторобактерии и грибки, включенные в полисахаридную оболочку в виде «зерен». Добавление кефирных грибков («зерен») вызывает ферментацию молока с образованием конечного продукта – кефира. Для получения йогурта используется другая комбинация бактерий – *Lactobacillus bulgaricus* и *Streptococcus thermophilus* [1]. Использование КМП в рационе людей благоприятно влияет на их состояние здоровья и связано это с новыми свойствами, которые имеют КМП в сравнении с пресными, из которых их получают.

В процессе кисломолочного брожения в продукте снижается количество лактозы, которая под влиянием бактерий, использующихся для закваски, превращается в молочную кислоту (МК). Это объясняет лучшую переносимость КМП людьми, имеющими лактазную недостаточность, по сравнению с пресными продуктами. В процессе кисломолочного брожения в продукте увеличивается количество некоторых витаминов – например, фолиевой кислоты и ниацина.

Под действием кисломолочных бактерий происходит расщепление небольшого количества белка, приводя к появлению в готовом продукте пептидов с различными биологическими свойствами. Так, в составе молочных белков есть полипептиды, обладающие антимикробной активностью. Их высвобождение происходит в процессе ферментации продукта или в процессе расщепления белков в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ). Эти данные подтверждают целесообразность назначения КМП в качестве диетотерапии острых кишечных инфекций (ОКИ). Еще в 1902 г. датский педиатр Teixeira de Matos предложил включать КМП в рацион детей с ОКИ.

Однако использование кефира и других КМП, приготовленных на основе цельного молока, в питании грудных детей может приводить к неблагоприятным последствиям. Неадаптированные молочные продукты содержат высокий уровень белка, имеют высокую осмолярность и потенциальную водно-солевую нагрузку на почки, содержат недостаточное количество эссенциальных микронутриентов, что не позволяет включать кефир в рацион младенцев в качестве альтернативы адаптированным молочным смесям. Использование неадаптированных молочных продуктов сопровождается рядом неблагоприятных последствий. К ним относятся чрезмерная белковая нагрузка, высокий риск развития метаболического ацидоза, дефицит важных микроэлементов, избыток натрия. В оригинальном исследовании, проведенном в НИИ питания РАМН под руководством И.Я. Коня, было показано, что применение кефира в рационе детей 2-го полугодия жизни в количестве 400 мл приводит к достоверному повышению потерь гемоглобина с калом за счет диапедезных кровоизлияний в слизистой оболочке кишечника (рис. 1) [2]. Таким образом, в случае с неадаптированными КМП потенциальный вред от их применения у грудных детей значительно превышает их полезные свойства, что делает нежелательным их использование в питании детей первого года жизни.

Работы по созданию адаптированного КМП для детей 1-го года жизни, который обладал бы полезными свойствами КМП при отсутствии негативных свойств, присущих неадаптированным, были начаты еще в 30-х годах прошлого века. В 1932 г. швейцарский педиатр проф. Feer, руководивший в то время Университетской клиникой в Цюрихе, предложил компании Нестле создать сухую адаптированную кисломолочную смесь (КМС) для детей. После разработки технологической документации и клинических исследований появилась первая КМС Pelargon, созданная путем прямой «асидификации», т.е. путем прямого добавления к исходному продукту МК.

С 1968 г. в производстве КМС компания Нестле стала использовать сбраживание с помощью кисломолочных микроорганизмов, запатентовав процесс биологической ферментации. Последующие клинические испытания показали целый ряд полезных для ребенка свойств адаптированных КМС:

- хорошая переносимость, особенно в случаях склонности к функциональным нарушениям ЖКТ;
- увеличение толерантности к инфекционным агентам;

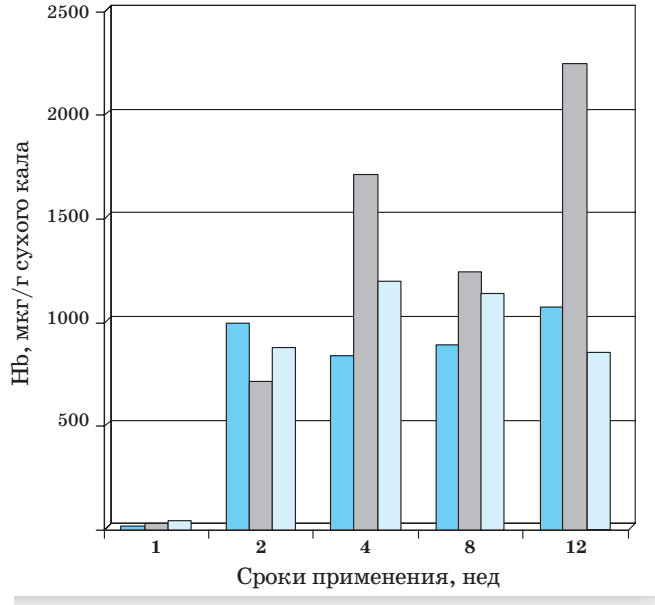

Рис. 1. Потери гемоглобина с калом у детей, вскармливавшихся различными продуктами.
1-й столбик – кефир 200 мл/сут, 2-й столбик – кефир 400 мл/сут, 3-й столбик – НАН 2.

• хорошее переваривание и высокая усвояемость.

Многочисленные балансовые исследования показали, что МК увеличивает всасывание жира из продукта до 94%, что несколько превышает показатели усвоения жира при вскармливании пресными смесями и грудным молоком [3]. Казеин молочного белка в присутствии МК створаживается в мелкие хлопья и легко переваривается в желудке у младенца [3, 4]. Скорость эвакуации КМС из желудка выше по сравнению с пресной смесью [3]. Кислая среда способствует более полному усвоению некоторых микроэлементов и препятствует развитию патогенных микроорганизмов [5].

Дополнительную функциональность КМП придает добавление в их состав пробиотиков с доказанным действием, таких как *B. lactis*. Есть целый ряд клинических исследований, демонстрирующих, что включение этого пробиотика в рацион недоношенных и доношенных новорожденных стимулирует рост бифидофлоры, снижает риск развития условно-патогенной флоры. В настоящее время смеси, содержащие *B. lactis*, широко используются во многих европейских странах в питании детей с рождения [6].

На сегодняшний день врачам-педиатрам доступны высокоадаптированные КМС, которые могут использоваться в питании детей 1-го года жизни с любого возраста в качестве основного источника питания. Однако возможность широкого использования КМС в питании грудных детей ограничивается распространенным мнением педиатров об опасности развития метаболического ацидоза (МА) на фоне такого питания. Причины появления этого взгляда на КМС, очевидно, связаны с опытом использования в прежние годы кефира в первые месяцы жизни у младенцев, что действительно в некоторых случаях приводило к развитию МА. Это мнение педиатров закреплено официальными рекомендациями по использованию кисломолочных заменителей грудного молока в 50% объеме от общего объема молочной составляющей рациона, что, с нашей точки зрения, является не совсем оправданным. В современной специальной литературе практически отсутствует информация о развитии МА у детей, получающих адаптированную КМС.

В 60–70-е годы прошлого века за рубежом проведены большие исследования по изучению возможных механизмов развития МА у детей, получающих различное питание.

Одни из наиболее ранних исследований влияния характера питания на кислотно-щелочной баланс здоровых новорожденных детей проводились в середине 60-х годов в крупных клиниках Швейцарии и Германии. Так, исследования, проведенные в клинике Лозанны [7, 8], не обнаружили достоверных отличий основных показателей кислотно-щелочного баланса у детей, получавших с рождения пресные или адаптированные КМС в качестве заменителей грудного молока. Не выявлено компенсаторного напряжения системы кислотно-щелочного баланса, что проверялось кратковременной кислотной нагрузкой, на которую одинаково реагировали дети обеих групп. Кроме того, весовые кривые у детей обеих групп были идентичными.

По сообщениям из Бонна [9], «в период вскармливания исключительно кисломолочной адаптированной смесью не были обнаружены какие-либо отклонения в кислотно-щелочном состоянии, а также не выявлено никаких клинических или биохимических признаков МА».

Исследование щелочных резервов организма доношенных детей, проводимое в детской клинике в Квебеке, позволило сделать следующее заключение [10]:

– щелочные резервы доношенного ребенка одной возрастной группы, одинакового характера питания и массы тела варьируют в диапазоне 13–24 мэкв;

– дети с низким уровнем щелочного резерва не имели никаких клинических признаков МА;

– использование КМС для полного вскармливания доношенных детей не приводило к развитию МА;

– у детей, получавших КМС, выявлен нормальный уровень щелочных резервов организма;

– эти данные достоверны как для 6-го дня вскармливания КМС, так и для 90-го дня.

Анализ всех полученных данных позволил сделать заключение, опубликованное в нескольких крупных педиатрических журналах [10–12]:

«Результаты многочисленных клинических исследований подтверждают полную безопасность вскармливания детей кисломолочной адаптированной смесью в качестве заменителя грудного молока. В частности, достоверно доказано, что КМС, используемые в тот период времени (Пелларгон), не вызывали развития МА и не приводили к избыточной кислотной нагрузке на почки ребенка».

Какова роль МК в кислотно-щелочном балансе грудного ребенка и может ли вскармливание кисломолочной адаптированной смесью с адекватным белковым компонентом привести к развитию МА? Это основной вопрос, ответ на который поможет педиатру принять решение о назначении питания ребенку. Чтобы ответить на этот вопрос, следует рассмотреть роль и метаболизм МК в организме.

МК существует в виде двух оптических изомеров – L (+) и D (+) с одинаковой молекулярной массой, но с различной структурой. L (+) – МК представляет собой правосторонний изомер, который всегда присутствует в организме человека и легко метаболизируется в цикле Кребса (рис. 1), превращаясь вначале в пировиноградную кислоту в присутствии фермента лактатдегидрогеназы, а затем пировиноградная кислота включается в межуточный обмен, не вызывая никаких сдвигов в кислот-

но-щелочном балансе, расщепляясь в конечном итоге с образованием углекислого газа и воды [12]. Метаболизм D (+) – изомера МК изучен мало и не представляет для нас большого интереса, так как получаемая в процессе ферментации лактобактериями МК всегда имеет форму L (+) – изомера и проходит вышеописанный путь, не влияя на кислотно-щелочной баланс ребенка. Таким образом, современные КМС, полученные путем ферментации в присутствии молочнокислых бактерий, с теоретических позиций не могут приводить к развитию МА у младенца.

Для того чтобы правильно оценить возможность влияния состава продукта, помимо содержания в нем МК, на кислотно-щелочной баланс ребенка, вспомним основные факторы развития МА у младенцев. При адекватном поступлении основных нутриентов МА может быть следствием неспособности почек экскретировать полученные ионы водорода из-за незрелости или нарушения функции почек. Другой возможной причиной МА является избыточное поступление йонов водорода с питанием, превышающее потенциальные способности почек к экскреции.

Для оценки влияния характера питания на кислотно-щелочной баланс организма используется расчетная методика оценки кислотной нагрузки на почки (нагрузка йонами водорода).

Кислотная нагрузка на почки зависит от состава рациона, биодоступности и метаболизма отдельных нутриентов и представляет собой разность между суммой содержащихся в моче анионов хлора, фосфатов, сульфатов, органических кислот и суммой катионов натрия, калия, кальция и магния. Очевидно, что кислотная нагрузка на почки уменьшается при снижении первой составляющей этого математического расчета или при увеличении второй составляющей. В 70-е годы описаны случаи выраженного МА у недоношенных детей, получающих пресные смеси с повышенным содержанием белка (3г/100 мл, смесь Роболак). Факторы развития МА у недоношенных детей, получающих описанные смеси, были связаны, с одной стороны, с незрелостью функции почек, а с другой стороны, с высоким уровнем белка и соответственно высоким уровнем серусодержащих аминокислот (метионина и цистина), которые увеличивали кислотную нагрузку на почки. Можно с уверенностью предположить, что в случаях вскармливания детей кефиром, который не является адаптированной смесью и содержит высокий уровень белка, возможно развитие МА вследствие высокого содержания серусодержащих аминокислот точно так же, как и развитие МА у детей, получающих в первом полугодии жизни неферментированное коровье молоко [12].

Имеются данные о развитии позднего МА у недоношенных детей, получающих специально для них предназначенные пресные заменители грудного молока. Исследование кислотно-щелочного баланса у недоношенных детей показало наличие позднего МА у 20% детей, получающих пресные молочные смеси, и у 10% детей, находящихся на грудном вскармливании. Это связано с тем фактом, что потенциальная нагрузка на почки у детей, получающих молочные смеси, значительно выше по сравнению с детьми, получающими грудное молоко [13]. Но эта нагрузка чаще реализуется только у детей с незрелой функцией почек – недоношенных и детей с внутриутробной гипотрофией.

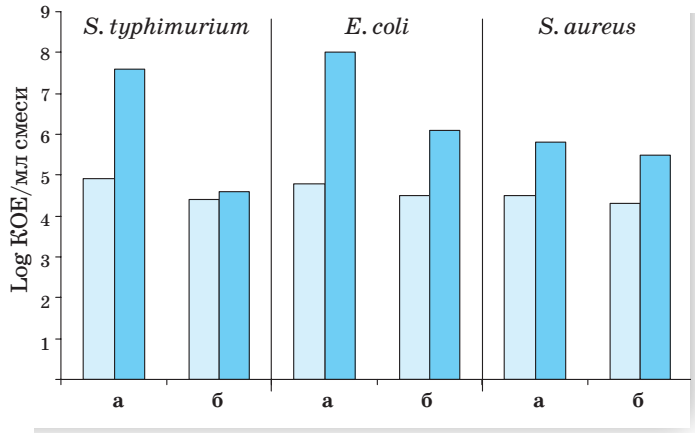

Рис. 2. Пролиферация патогенных бактерий в пресной смеси и смеси НАН кисломолочный.
* По данным [16]; а – пресная смесь, б – НАН кисломолочный; 1-й столбик – исходно, 2-й столбик – через 8 ч инкубации при температуре 37 °С.

В настоящее время предпринимаются попытки снизить кислотную нагрузку на почки недоношенных детей путем модификации микронутриентного состава смесей, например, повышения уровня натрия и калия, снижения уровня фосфора.

Явные клинические симптомы МА, такие как беспокойство, тахипноэ, срыгивания, рвота, сонливость, менингеальные знаки, появляются при выраженном МА. При небольших сдвигах кислотно-щелочного баланса основное проявление МА – задержка роста и снижение весовой кривой.

В настоящее время в России появились новые полностью адаптированные КМС – НАН кисломолочный 1 и 2, полезные свойства которых усилены добавлением живых бифидобактерий. Для получения смеси НАН кисломолочный используют закваску из двух молочнокислых бактерий – *Streptococcus thermophilus* и *Lactobacillus helveticus*. Процесс кисломолочного брожения останавливают, когда pH продукта достигает значения 4,8. Благодаря этому смесь приобретает антимикробную активность в отношении многих патогенных бактерий. В экспериментальных работах [14] было показано, что пролиферация *S. typhimurium, B. cereus и E. coli* в смеси НАН кисломолочный была значительно ниже, чем в пресной смеси (рис. 2). Особенностью данного продукта является его двойная функциональность, связанная, во-первых, с процессом фермента-

ции, а, во-вторых, с добавлением живых бифидобактерий *B. lactis*, пробиотические свойства которых хорошо изучены и доказаны в многочисленных клинических испытаниях [15–18].

Таким образом, современная адаптированная смесь НАН кисломолочный может широко использоваться для вскармливания детей, имеющих повышенный риск развития инфекционных заболеваний; детей с функциональными нарушениями пищеварения; детей, получающих лечение в соматическом и инфекционном стационаре; детей, посещающих детские ясли/сады, и здоровых детей первого года жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Tamime A.Y.* Fermented milks: a historical food with modern applications – a review. Eur. J. Clin. Nutr. 2002; 56 (Suppl. 4): 2–15.

2. *Сафонова А.* Клинико-физиологическое обоснование оптимальных подходов к использованию молочных продуктов в питании детей раннего возраста. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2006.

3. *Weber H., Hagge W.* Communication to the Swiss Congress on pediatrics. Winterthour, 1964.

4. Communication of the Nestle Research Laboratories at the International Congresss of Dairy Technology. London, 1962.

5. *Minor T.E., Marth E.H.* Growth of *Staphylococcus aureus* in acidified pasteurized milk. J. Milk Food Technol. 1970; 33: 516–520.

6. *Saavedra J.M., Yolken R.H.* Clinical efficacy of probiotics: review of the evidence with focus on children. J. Ped. Gastroenterol. Nutr. 2007; 44: 509–510.

7. *Kildeberg P.* Disturbances of hydrogen ion balance occurring in premature infants. II. Late metabilic acidosis. Acta Ped. Scand. 1964; 53: 517–526.

8. *Kalhoff H., Diekmann L., Hettrich B. et al.* Modified cow's milk formula with reduced renal acid load preventing incipient late metabolic acidosis in premature infants. J. of Ped. Gastr. and Nutr. 1997; 25: 46–50.

9. *Ofteringer K.* Studies on the influence of nutrition on acid-base metabolism in young infants. I. The behavior of pH, standard bicarbinate and pCO_2 in blood and acid excretion in the urine of normal, premature infants during feeding with unacidified and lactic acid acidified cow-milk mixtures. Monatsschr. Kinderheilkd. 1966; 114 (6): 341–344.

10. *Ziesel H., Hockerts T., Luhrs R.W., Vagt H.* Acid milk preparation and acid-base status in infants. Monatsschr. Kinderheilkd. 1964; 112: 56–60.

11. *Larue A.* Acute gastroenteritis in the Crache Saint-Vincent-de-Paul, from 1956 to 1964. Laval Med. 1965; 36 (9): 855–879.

12. *Gatti R., Lojodice G., Cella G., Nordio S.* Influence of acidification of milk with lactic acid and with citric acid on renal elimination of the hydrogen ion. Minerva Pediatr. 1965; 17 (24): 1294–1298.

13. *Ungari S., Donath A., Rossi E., de Muralt G. Z.* The influence of the acidification of milk on the acid-base balance of prematures. Z. Kinderheilkd. 1965; 92: 105–112.

14. *Маррі П.* Биохимия человека: Пер. с англ. М., 1988, т. 1: 171.

15. *Heck E., Jordan F.* Comparasion de l'effect bacteriostatique de trois formules infantiles. Rapport interne T-AQ № 1990; 30.

16. *Brunser O., Araya M., Espinoza J. et al.* Effect of an acidified milk on diarrheal disease and the carrier state in infants of the low-socio-economic statum. Acta Paed. Scand. 1989; 78: 259–264.

17. *Chouraqui J.P., Van Egroo L.D. Fichot M. et al.* Acidified milk formula supplemented with *B. lactis*: impact on infant diarrhea in residential care settings. JPGN. 2004; 38: 288–292.

18. *Deshpande G., Rao S., Patole S.* Probiotics for prevention of necrotising enterocolitis in preterm neonates with very low birthweight: a systematic review of randomised controlled trials. Lancet. 2007; 369: 1614–1620.

РЕФЕРАТЫ

ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Несмотря на все успехи последних нескольких десятилетий в лечении бронхиальной астмы, обострения астмы (астматические приступы) продолжают оставаться одной из самых частых причин обращения в учреждения неотложной помощи для детей. Визиты в кабинеты неотложной помощи и расходы на госпитализацию составляют три четверти прямых затрат на это заболевание. Приступ астмы – такое неотложное состояние, при котором требуется быстрая постановка диагноза и назначение лечения. Оценка тяжести состояния ребенка с острыми проявлениями астмы должна проводиться в два этапа: статическая фаза (определение тяжести приступа в момент обращения) и динамическая фаза (ответ на проводимое лечение). В настоящей статье представлен обзор и анализ современных фармакологических и нефармакологических методов лечения при приступе бронхиальной астмы (ингаляции кислорода, бронходилататоры, системные и ингаляционные кортикостероиды, аминофиллин, сульфат магния и др.) и предложены схемы лечения как в учреждениях первичного звена, так и в отделениях интенсивной терапии.

Castro-Rodriguez J.A. An. Pediatr. (Barc). 2007; 67(4): 390–400.

Специалисты рекомендуют серию моющих средств «Ушастый нянь»

Врач-педиатр, кандидат медицинских наук, Лиушина А.Б.

Возникновение у ребенка аллергии – один из самых часто встречающихся страхов молодых родителей. Это вполне объяснимо – ведь, несмотря на то, что аллергия имеет генетическую предрасположенность, разовьется она или нет, зависит от окружающих условий. И неправильный уход за малышом в первые месяцы его жизни может, увы, привести к появлению аллергических реакций даже у изначально здорового ребенка. Именно поэтому самое главное, что должны сделать родители, попытаться выявить и устранить возможные аллергены.

Начать следует с того, с чем малыш контактирует постоянно – одежда и посуда. И то, и другое быстро и часто пачкается и далеко не всегда может быть возвращено в исходное состояние просто с помощью тщательного полоскания в горячей воде. А использовать обычные моющие средства нельзя, так как все они имеют сложный химический состав, компоненты которого агрессивны и могут провоцировать аллергические реакции. До сих пор многие родители продолжают считать, что детскую посуду лучше мыть детским мылом, и им же надо стирать детскую одежду. Но все же это далеко не лучший способ удаления разных загрязнений. Да и у мамы не всегда есть лишние час-полтора на ручную стирку накопившихся детских вещей.

Современные разработки производителей моющих средств позволяют маме экономить время и силы на стирку и мытье посуды без риска для здоровья ребенка. Специально для ухода за детской посудой и одеждой предлагаются особые гипоаллергенные моющие средства, которые не содержат синтетических добавок, ароматизаторов и красителей. Родителям надо только выбрать подходящую по стоимости и эффективности марку и облегченно вздохнуть, решив раз и навсегда эту проблему.

Но выбрать оказывается как раз нелегко. Ведь все посвященные уходу за детьми журналы и интернет-порталы заполнены рекламой самых различных марок, каждая из которых обещает непревзойденный и уникальный результат. А ведь когда речь идет о предотвращении аллергии, важно выбрать такие средства, которые действительно будут удалять все загрязнения, но при этом легко и полностью вымываться сами. И слишком часто такие средства оказываются весьма недешевыми.

Удачным примером сочетания эффективности, гипоаллергенности и адекватной цены стала *серия моющих средств* **«Ушастый нянь»**, созданная компанией «Невская Косметика». Успех серии определил колоссальный опыт разработки и изготовления косметических и гигиенических средств, а также сочетание использования традиционных для России натуральных компонентов с передовыми европейскими рецептурами.

«Ушастый нянь» предлагает родителям серию продуктов, наиболее часто используемых в уходе за детской посудой и одеждой (в том числе, и не встречающиеся у других производителей), которые можно использовать для детей любого возраста, включая новорожденных. А гипоаллергенность всех средств ТМ **«Ушастый нянь»** подтверждена с использованием современных методик доказательной медицины, разработанных по заказу компании «Невская Косметика» и зарегистрированных в Министерстве здравоохранения РФ, в аккредитованном лабораторном центре при ГУН «Российский НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» МЗ РФ.

Стиральный порошок **«Ушастый нянь»** разработан специально для стирки детской одежды (в том числе, белья новорожденных). Он эффективно справляется со специфическими «детскими» загрязнениями: пятнами от молока, фруктовых и овощных пюре, соков, каш, яиц, а также продуктов жизнедеятельности ребенка. Действие порошка начинается еще в процессе замачивания и является достаточно сильным, чтобы удалять загрязнения даже в воде низкой температуры. При этом компоненты порошка позволяют защищать ткань во время стирки и сохранять яркие цвета детских вещей.

Уникальность *стирального порошка* **«Ушастый нянь»** обеспечивается отсутствием в его составе мыла, что позволяет легко вымывать порошок из ткани и предотвратить попадание на детскую кожу частиц моющего средства, что могло бы спровоцировать появление аллергической реакции. Еще одним отличительным преимуществом этого СМС является низкое содержание массовой доли пыли в стиральном порошке (0,7% при нормативе ГОСТ 25644 – не более 5%). Порошок не пылит, и, как следствие, практически полностью исключает риск раздражения дыхательных путей.

Жидкое СМС **«Ушастый нянь»** также подходит для стирки детского белья с первых дней жизни малышей. Оно обладает такими же высокими потребительскими качествами, что и стиральный порошок. Его отличительной особенностью является удобная для использования форма и консистенция: жидкое средство не пылит, удобно дозируется и подходит не только для ручной стирки, но и для применения в автоматических стиральных машинах. Важно отметить, что результаты исследований показали, что *Жидкое СМС* **«Ушастый нянь»** одинаково хорошо справляется со всеми видами загрязнений, в то время как аналогичные препараты других марок («Baby Fashion Waschmittel», «Аистенок») оказались наиболее эффективными лишь для определенных видов пятен.[1]

Для борьбы с особо сильными загрязнениями существует специальный гипоаллергенный жидкий *пятновыводитель для детского белья* **«Ушастый нянь»**. Он совместим с любым стиральным порошком и прекрасно удаляет с детских вещей пятна различного происхождения, в том числе с вещей новорожденных. С его помощью следы от фруктов, чая, травы, шоколада, масла и специфических детских загрязнений исчезают бесследно. Пятновыводитель не содержит хлора и красителей, подходит для различных видов тканей, в том числе белых и цветных, и эффективен даже при низкой температуре воды.

Придать детским вещам особую мягкость и значительно облегчить процесс глажения позволяет использование кондиционеров для белья. На сегодня в серии **«Ушастый нянь»** представлены три разновидности кондиционеров для детского белья: обычный *кондиционер для стирки* **«Ушастый нянь»**, *кондиционер* **«Сладкий сон»** *с экстрактом лаванды* и *кондиционер для детских вещей из шерстяных и полушерстяных тканей* **«Нежное прикосновение»**. Все эти три продукта идеально подходят даже для одежды новорожденных и могут использоваться как при ручной, так и при машинной стирке. А их эффективность ничем не уступает более дорогим импортным аналогам (например, «Детский Lenor»).[2] Отличительной особенностью кондиционера **«Сладкий сон»** является входящий в его состав экстракт лаванды, чей аромат

[1] По данным ИЛЦ ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена Росздрава», г. Санкт-Петербург, декабрь 2005 года.

[2] По данным ООО «Росса НИИБХ», г. Пермь, октябрь 2005 года.