

© Коллектив авторов, 2003

И. Я. Конь, Е. М. Фатеева, Т. Н. Сорвачева

К ДИСКУССИИ ПО ПРОБЛЕМАМ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Отдел детского питания НИИ питания ГУ РАМН

Рациональное вскармливание является одним из необходимых условий поддержания здоровья, гармоничного роста и развития детей первого года жизни. Вполне понятен поэтому тот интерес, который проявляют к этой проблеме и практические врачи-педиатры, и сотрудники кафедр педиатрии вузов и ГИДУВов Москвы и различных регионов России. Не может не радовать, в частности, та несомненная заинтересованность, которую проявляет доцент А. Г. Лебедев, автор статьи, опубликованной в первом номере журнала в разделе «Дискуссия», и такие ведущие отечественные педиатры, как профессора Н. А. Коровина, С. В. Мальцев, Л. М. Казакова, К. И. Прахин и их сотрудники, принявшие активное участие в обсуждении статьи А. Г. Лебедева. В данной статье и откликах на нее подняты, безусловно, важные вопросы, разработке которых мы посвятили много лет своей жизни. Хотелось бы поэтому проанализировать основные положения этих публикаций.

Следует, прежде всего, подчеркнуть, что мы полностью разделяем тревогу всех авторов по поводу низкой распространенности грудного вскармливания и неоднозначности отечественных и международных рекомендаций по срокам и ассортименту введения продуктов и блюд прикорма. Вместе с тем вызывает крайнее удивление и огорчение чрезвычайно агрессивный тон статьи А. Г. Лебедева, который, не приводя собственных научных данных, клинических наблюдений и статистических выкладок, дает категоричные рекомендации и МЗ РФ, в целом, и Департаменту Госсанэпиднадзора МЗ РФ, в частности, и НИИ питания РАМН и др.

К чему же сводятся основные критические замечания А. Г. Лебедева и других авторов, обсуждающих эту статью? Прежде всего, это вопрос о причинах низкой распространенности грудного вскармливания в РФ и возможном неблагоприятном влиянии раннего введения прикорма на лактацию, сопряженный с проблемой оптимальных сроков введения тех или иных продуктов и блюд прикорма (соки, овощи, кефир) и их ассортимента. Для решения этих проблем А. Г. Лебедев, Н. А. Коровина, С. В. Мальцев предлагают разработать национальную программу поддержки грудного вскармливания.

Во-вторых, это озабоченность авторов засилием на отечественном рынке импортных продуктов прикорма, многие из которых, по мнению авторов, к тому же

морально устарели. И, в-третьих, крайняя неудовлетворенность авторов государственной системой контроля качества, безопасности и этикетирования продуктов детского питания. Рассмотрим эти предложения с максимальным вниманием к позиции авторов.

Касаясь первой проблемы, необходимо отметить, что в России в 1994 г. была принята национальная программа поддержки грудного вскармливания, в разработку которой большой вклад внесли специалисты МЗ РФ и НИИ питания РАМН, в частности, проф. Ладодо К. С., проф. Зелинская Д. И., проф. Фатеева Е. М. и др. Эта программа достаточно интенсивно реализуется, и одним из показателей этого является увеличение распространенности грудного вскармливания в отдельных регионах (гг. С.-Петербург, Электросталь, Тюмень, Самара, Новосибирск и др.), а также некоторых районах Москвы.

Однако мы не считаем возможным при этом во всем следовать советам специалистов ВОЗ и не согласны, в частности, с ними в оценке причин снижения распространенности грудного вскармливания в РФ. По нашему глубокому убеждению, подкрепленному собственными исследованиями [1-3], основными причинами снижения распространенности грудного вскармливания являются не сроки введения того или иного вида продуктов, а утрата женщинами и обществом, в целом, представлений о том, что грудное вскармливание является важнейшим долгом женщины, и никакие искусственные смеси не могут заменить материнское молоко. Для того, чтобы вернуть нашему обществу прежние стереотипы, нужно время и большие усилия. Поэтому мы не согласны с точкой зрения А. Г. Лебедева о «бессмысленности реализации национальных и региональных программ обучения населения основам рационального питания» до тех пор, пока среди врачей нет единства в терминологии (например, в том что является более корректным термином, «злаковый или крупяной прикорм»), а в магазинах присутствуют пюре и соки, на этикетках которых указано: рекомендуется с 2 (3, 4 и т.д.) месяцев. Если у матери достаточно молока (а это, мы уверены, зависит, прежде всего от ее убежденности в необходимости кормить грудью), то она, во-первых, не будет стремиться сама рано давать малышу дополнительное питание, а, во-вторых, 20-30 мл сока не смогут

оказать столь драматического влияния ни на лактацию, ни на желание ребенка взять грудь. Поэтому надежды А. Г. Лебедева на то, что консенсус по поводу сроков введения соков или каш сразу же приведет к резкому повышению распространенности грудного вскармливания, с нашей точки зрения, лишены каких-либо серьезных оснований. В связи с этим заслуживают самого пристального внимания данные проф. Е. Ф. Лукушкиной и соавт., приведенные в том же номере «Педиатрии» (с. 86). Эти данные, с нашей точки зрения, убедительно показывают, насколько существенна роль консервативных привычек в формировании пищевых стереотипов. В самом деле, несмотря на существование в РФ четких схем и рекомендаций приема молока и кефира не ранее 6–8 месяцев, а каш — не ранее 5–6 месяцев, в Нижнем Новгороде уже в первые 3 месяца жизни более половины детей (59%) получали неадаптированные молочные продукты, а во втором полугодии в питании 45% детей использовали цельное коровье молоко; более четверти детей (28,4%) начинают получать кашу до 4 месяцев, причем у 38% детей первой кашей, вводимой в рацион, служит глютеносодержащая манная каша. С нашей точки зрения, эти данные являются еще одним убедительным аргументом в пользу необходимости и важности обучения и врачей, и населения современным принципам питания детей.

Вместе с тем, следует подчеркнуть, что существуют и иные, серьезные «организационные» причины низкой распространенности грудного вскармливания в России. К ним, в частности, по нашему мнению, относятся следующие:

1) недостаточное внимание в медицинских ВУЗах к программе «поддержки грудного вскармливания» — 3 ч на кафедре педиатрии на 3-м курсе и, по желанию студента, еще 3–6 ч на 6-м курсе. По существу, молодые врачи с ней почти незнакомы. А старшее поколение врачей с трудом отходит от представлений о прежней методике вскармливания;

2) отсутствие должного взаимодействия между акушерами, неонатологами и педиатрами в осуществлении работы по поддержке грудного вскармливания, которая должна проводиться на всех этапах — в период наблюдения беременной в женской консультации, затем родильницы в роддоме и, наконец, матери в условиях детской поликлиники. Наш опыт обеспечения такой взаимосвязи всех трех звеньев ЛПУ родовспоможения и детства с подтверждением проделанной работы в этом направлении печатью «поддержка грудного вскармливания» на обменных картах убедил нас в эффективности такого подхода. Наблюдение над 1000 парами «мать — дитя» в течение года жизни ребенка позволило, в частности, достичь достаточной продолжительности грудного вскармливания — к концу месяца 93%, к 3 месяцам — 85%, к 6 месяцам — 55%, к 9 месяцам — 46%, к 12 месяцам — 20% [4–6];

3) отсутствие четких показаний к переводу младенца, особенно до 3 месяцев, на смешанное и искусственное вскармливание. Редко проводится суточное контрольное взвешивание. В историях развития ребенка не обосновывается это решение. Оно не удостоверяется подписью врача и зав. отделением.

Следующий вопрос дискуссии касается оптимальных сроков введения прикорма. В связи с этим мы хотели бы подчеркнуть, что необходимость расширения рациона питания ребенка и дополнения материнского молока (или его заменителей) продуктами и блюдами прикорма обусловлена следующими основными факторами:

1) необходимость дополнительного введения в организм ребенка энергии и ряда пищевых веществ (белок, железо, цинк и др.), поступление которых с женским молоком (или с имитирующими его состав молочными смесями) на определенном этапе развития младенцев (с 4–6 месяцев), становится недостаточным; в частности, нами показано, что на 4-м месяце лактации происходит существенное снижение содержания в женском молоке цинка и меди, в результате чего у ребенка, находящегося на грудном вскармливании, может возникать относительный дефицит этих нутриентов [7];

2) целесообразность расширения спектра пищевых веществ рациона, в частности, за счет содержащихся в продуктах прикорма растительного белка, различных групп углеводов, жирных кислот растительных масел, микроэлементов, необходимых для дальнейшего роста и развития ребенка;

3) необходимость тренировки и развития пищеварительной системы и жевательного аппарата детей и стимуляции моторной активности их кишечника.

Несмотря на то что необходимость введения прикорма в рацион детей, находящихся как на естественном, так и на искусственном вскармливании, признается практически всеми исследователями, работающими в области детской нутрициологии [8–12], вопрос о сроках введения прикорма, последовательности введения различных видов прикорма и их ассортименте остается предметом дискуссий [12]. Следует подчеркнуть, что «нижний» срок введения первых продуктов прикорма определяется рядом физиолого-биохимических особенностей развития младенцев (табл. 1).

Как видно из приведенных данных, ребенку, находящемуся на грудном вскармливании, нецелесообразно вводить прикорм ранее 3–4 месяцев жизни, так как до этого возраста он физиологически не подготовлен к ассимиляции иной пищи, чем женское молоко или его заменители.

В то же время, при введении первого прикорма позднее 6–7 месяцев у ребенка могут возникнуть проблемы с адаптацией к пище более плотной консистенции, чем молоко. Таким образом, с нашей точки зрения, при достаточной лактации у матери,

Таблица 1

Процесс	Возраст
Созревание ферментативных процессов переваривания пищи: усиление секреции соляной кислоты повышение активности пепсина и других протеиназ, повышение активности амилазы	3 месяца 3–4 месяца с 2–3 месяцев до года
Созревание рефлекторных механизмов, необходимых для проглатывания полужидкой и твердой пищи (угасание «рефлекса выталкивания ложки») и поддержания туловища в вертикальном положении	4–5 месяцев
Повышение уровня секреторного иммуноглобулина А в кишечнике	3–4 месяца
Снижение повышенной проницаемости слизистой оболочки кишечника: созревание гликопротеидного компонента слизи, снижение текучести мембран эритроцитов	3 месяца

Таблица 2

Примерные сроки введения основных продуктов прикорма, рекомендуемые при естественном вскармливании отечественными педиатрами

Наименование продуктов и блюд прикорма	Рекомендуемые сроки введения, мес					
	Олевский М. И. (1960)	Кисляковская В. Г. (1965)	Воронцов И. М. с соавт. (1977)	Фатеева Е. М. с соавт. (1982)	Студеникин М. Я., Ладодо К. С. с соавт. (1981)	Конь И. Я. с соавт. (1997)
Фруктовые соки	2–3	1	1–2	1	3–4 нед.	3
Фруктовое пюре	2,5–3,5	1,5	2–4,5	1,5	1–1,5	3,5
Творог	2–3	2,3500	4,5–5	4–6	4–6	4–6
Яичный желток	4	4	5	3–3,5	3–3,5	6
Овощное пюре	4–5	4–5	4,5	4,5	4–4,5	4,5
Каша	4–5	4–5	4,5–5,5	5,5	5–5,5	5,5–6
Мясное пюре	6–7	6–7	7–7,5	7	6–7	7
Кефир и другие кисломолочные продукты или цельное молоко	4–6	4–6	6–8	8–8,5	7	7,5–8

основной прикорм целесообразно вводить ребенку в возрасте 4–6 месяцев [13–15].

Уместно заметить, что вопрос о сроках введения прикорма крайне дискутабелен и «изменчив во времени и пространстве». В частности, в нашей стране рекомендации по введению прикорма претерпели весьма существенную динамику (табл. 2).

Примечательно, что даже на страницах одного журнала специалисты высказывают неоднозначные суждения: доцент Лебедев А. Г. и проф. Л. М. Казакова полностью за то, что прикорм не следует вводить ранее 6 месяцев; проф. С. В. Мальцев считает, что прикорм следует вводить индивидуально в период с 4 до 6 месяцев; проф. Н. А. Коровина и проф. И. Н. Захарова поддерживают точку зрения специалистов, рекомендующих вводить прикорм строго индивидуально. Таким образом, очевидно, что проблема существует и ее надо решать. Однако, по нашему мнению, для ее решения требуется не «большинство голосов» (как это было, например, на сессии ВОЗ, рекомендовавшей вводить прикорм детям, находящимся исключительно на грудном вскармливании, не ранее 6 месяцев), и даже не путем разработки очередных программ (мы их пережили очень много, начиная с Программы строительства коммунизма), а путем тщательных мультицентровых исследований, которые позволили бы получить объективные доказательства справедливости тех или иных рекомендаций. Правда, с нашей точки зрения, никакие исследования не позволят поколебать принцип необходимости максимальной индивидуализации питания малышей и приоритета врачебного наблюдения перед любыми схемами, утвержденными на международном или отечественном уровне.

Хотелось бы в связи с обсуждаемой проблемой обратить внимание еще на одну небольшую деталь. Прежние методические рекомендации по вскармливанию детей, утвержденные МЗ СССР в 1982 г., предусматривали введение соков с 3–4 недель. Однако предложение вводить соки (как и прикорм, в целом) старше 6 месяцев появилось в отечественной печати лишь в самое последнее время. Что же мешало уважаемым авторам дискуссии поднять этот вопрос гораздо раньше, до утверждения новых методических рекомендаций (в самом конце 1999 г.), а не после этого? Ведь впервые предложения о новых сроках введения соков (с 4-го месяца) появились в журнале «Педиатрия» 5 лет назад (Конь И. Я. и др., 1997). Неужели только недавнее принятие упомянутой резолюции ВОЗ о целесообразности введения прикорма детям, находящимся на грудном вскармливании, не раньше 6 месяцев (против которой возражало большинство развитых стран, а настаивала лишь Индия и ряд других стран третьего мира), могло заставить пересмотреть свою точку зрения и начать критику только что принятых (наконец-то!) в РФ документов? Еще раз хотели бы подчеркнуть, что, по нашему мнению, вопрос об оптимальных сроках введения соков (как и других продуктов прикорма) безусловно

заслуживает дальнейшего изучения, но именно изучения, а не скоропалительной отмены недавно принятых рекомендаций. Мы полагаем, что необходимо считаться с вполне понятным консерватизмом и населения, и врачей, и переход от рекомендаций приема соков с 3–4 недель к 3 месяцам является и без того достаточно психологически сложным, чтобы не изменять немедленно стереотипы на еще более поздний возраст, тем более, что мы располагаем объективными данными, касающимися сравнения приема сока только детьми 1 месяца и детьми 3 месяцев. Что касается смещения назначения соков на еще более поздний срок, то для этого требуются дальнейшие исследования и доказательства.

Следует наконец указать на еще одну существенную деталь. Декларация ВОЗ, на которую ссылаются авторы статей «Дискуссии», касается сроков введения прикорма у детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании. Возрастные же рекомендации, выносимые на этикетку, касаются всех групп детей, в том числе находящихся на смешанном и искусственном вскармливании. В связи с этим, можно было бы обсуждать, наверное, вопрос о целесообразности дифференцированных возрастных рекомендаций для детей, находящихся на разных видах вскармливания. Однако, по нашему мнению, такого рода дифференцированные советы должен давать врач-педиатр применительно к каждому ребенку. Рекомендации же, содержащиеся в этикетках, указывают на возраст, ранее которого данный продукт использовать в питании младенцев нецелесообразно. Тем не менее, врач безусловно может и должен указать родителям на оптимальный срок использования именно данного продукта у данного ребенка. Однако, для этого сам врач должен быть хорошо ориентирован в вопросах рационального вскармливания, что вновь и вновь возвращает нас к проблеме необходимости и важности повышения квалификации врачей в области детского питания.

Следующий чрезвычайно важный вопрос, тесно связанный с обсуждаемым выше, касается возрастных рекомендаций в этикеточных надписях на продуктах детского питания. С необычайной легкостью авторы дискуссии дают советы, как можно все легко организовать, потребовать, запретить и др. При этом упускается из вида чрезвычайная практическая сложность работы по унификации возрастных рекомендаций, в особенности, учитывая отсутствие традиций подобной жесткой регламентации в нашей стране и полное непонимание ее смысла иносфирмами-производителями детского питания.

Следует подчеркнуть, что, насколько нам известно, мы являемся практически единственной страной в мире, где существует жесткая государственная регламентация возрастных рекомендаций введения прикорма с точностью до месяца. Эта регламентация осуществляется в соответствии с недавно принятым МЗ РФ документом «Рекомендуемые сроки введения основных продуктов и блюд прикорма промышленно-

го выпуска в питании детей первого года жизни» (27.07.2000). Вполне соглашаясь с тем, что ряд положений этого документа требует совершенствования, нельзя еще раз не подчеркнуть, что такого документа нет нигде в мире, и за рубежом существуют лишь самые общие рекомендации — типа запрета на использование глютеносодержащих каш ранее 4 месяцев жизни. Что касается соков и пюре, то возрастные рекомендации устанавливаются и выносятся на этикетку самими фирмами-производителями. При этом возрастные рекомендации могут существенно колебаться у разных фирм, но в большинстве случаев все они указывают на более ранний срок, чем принято в нашей стране. В связи с этим, принципиальное значение имеет тот факт, что после принятия указанного документа МЗ РФ, все отечественные и зарубежные производители были поставлены в равные и единые условия, касающиеся рекомендуемого возраста назначения конкретного продукта прикорма. Очевидно, однако, что прежде чем начнут полностью действовать утвержденные возрастные рекомендации, должен пройти определенный переходный период, в течение которого будут, в частности, реализованы продукты со старыми этикетками, уже поступившие в продажу. При этом следует отметить, что функции контроля за соблюдением указанных возрастных рекомендаций на этикетках надписях лежат не на МЗ РФ, и уж тем более, не на Институте питания РАМН, а на органах Госторгинспекции, и отследить правильность текста каждой этикетки на продуктах, поступающих для реализации в торговлю, у органов здравоохранения нет возможности.

Теперь о тезисе, который звучит в статье А. Г. Лебедева и в некоторых других статьях «Дискусии», как «засилие на российском рынке импортных продуктов детского питания». К сожалению, здесь больше политики и эмоций, чем научной (или хотя бы обывательской) взвешенности. Безусловно, было бы несравненно лучше, если бы отечественная промышленность сумела обеспечить всех российских младенцев недорогими и высококачественными продуктами питания. Понимая и разделяя этот тезис, мы вносим свой посильный и, как нам кажется, немалый реальный (не на бумаге и не в предложениях по реорганизации системы контроля в стране) вклад в развитие отечественной промышленности детского питания. С гордостью можем констатировать, что адаптированные молочные смеси и творог «Агуша», которые составляют основу рациона московских малышей, растворимое печенье, рыбастительные консервы, выпускаемые заводом «Фаустово» [16], были созданы впервые в нашей стране при самом тесном сотрудничестве производителей с нашим отделом, а первая в мире последующая кисломолочная смесь «Агуша 2» была создана по предложению одного из авторов статьи (Конь И. Я.). Немалый вклад мы внесли и в создание практически всех остальных выпускаемых в РФ продуктов питания — заменителей женского молока, каш, соков, мясных

и мясорастительных пюре и др. И тем не менее мы ясно понимаем, что пока отечественная промышленность еще не в состоянии обеспечить детей нужными количествами всех видов продукции, в особенности, лечебной, а качество выпускаемых продуктов не всегда соответствует международным стандартам. Поэтому следует дать самим себе четкий и ясный ответ: что для нас важнее — здоровье наших детей или национальное чванство? Если мы думаем о наших детях, мы должны признать необходимость использования (будем надеяться временную) поставок в нашу страну импортных продуктов детского питания. Если же мы хотим вновь доказывать всем нашу самобытность, тогда надо вновь воздвигнуть железный занавес и вернуться к системе молочных кухонь с В-смесями. Что же касается морально устаревших продуктов инофирм, поступающих на наш рынок, о которых упоминают авторы дискуссии, то достаточно просмотреть каталоги продуктов детского питания, присутствующих на российском рынке в 2000 и 2002 гг. и сравнить их с каталогами ведущих мировых компаний (Нутриция, Нестле, Гербер и др.), чтобы убедиться в том, что в Россию поступают те же продукты, что реализуются в странах-производителях этих продуктов. Скорее наоборот, конкуренция инофирм в РФ настолько жесткая, что они сами стремятся вывести на отечественный рынок свои самые последние разработки. Самые последние примеры — смеси НАН (Нестле) с содержанием белка 1,2 г/100мл — минимальным уровнем среди всех известных нам заменителей женского молока, и смесь Омнео (Нутриция) — сложный комбинированный продукт, разработанный на основе серии новых подходов к питанию детей с функциональными нарушениями пищеварения.

Следует, наконец, остановиться на вопросе о системе контроля за поступлением продуктов детского питания на российский рынок, критике, которой посвящена значительная часть статьи А. Г. Лебедева. В связи с этим укажем, что все продукты детского питания (как отечественные, так и импортные), поступающие на российский рынок, проходят обязательную гигиеническую экспертизу, задачей которой является оценка ингредиентного состава продуктов и его соответствия физиологическим и метаболическим особенностям младенцев; подтверждение полной микробиологической и химической безопасности для детей этих продуктов, согласование этикеточных надписей, в том числе касающихся возрастных рекомендаций.

Эта работа проводится под руководством Департамента Госсанэпиднадзора МЗ РФ при самом активном участии Головного испытательного центра пищевой продукции при НИИ питания РАМН, а также органов Госсанэпиднадзора всех субъектов Федерации. Поэтому предложение автора о создании в России «Food and drag administration» не является актуальным, так как функции этого органа фактически давно и достаточно успешно выполняет Департамент Госанэпиднадзора МЗ РФ (работающий в

тесном контакте с Управлением охраны здоровья матери и ребенка МЗ РФ), что признают специалисты FDA США, неоднократно участвовавшие в совместных конференциях и совещаниях с нашими специалистами в РФ.

Ясно сознавая наличие недостатков, имеющихсЯ в работе системы Госсанэпиднадзора и Головного Испытательного Центра, в том числе по контролю за правильным этикетированием продуктов детского питания, хотели бы в то же время подчеркнуть, что специалисты этой системы обеспечивают безусловную гарантию качества и безопасности продуктов детского питания, поступающих на российский рынок. При этом еще раз хотим обратить внимание читателей, что контроль за правильностью этикетных надписей и других условий реализации продуктов детского питания осуществляется торговыми инспекциями и органами Госстандарта РФ.

В заключение, хотелось бы выразить надежду, что обсуждение некоторых безусловно актуальных проблем детского питания на страницах журнала «Педиатрия» будет в итоге способствовать улучшению и питания, и здоровья детей, несмотря на, по-видимому, неизбежные в ходе дискуссии полемические страсти и перегибы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фатеева Е. М., Царегородская Ж. В. Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать — дитя». — М., 2000. — 183 с.
2. Конь И. Я. // Российский педиатрический журнал. — 1999. — № 2. — С. 45–50.
3. Конь И. Я., Гмошинская М. В., Копытько М. В., Воробьева И. Н. // Педиатрия. — 1998. — № 5. — С. 63–65.

4. Лешкевич И. А., Фатеева Е. М., Конь И. Я. и др. // Пробл. соц. гиг. и ист. мед. — 1997. — № 5. — С. 14–17.

5. Елкина Ю. П., Фатеева Е. М., Конь И. Я. и др. // 5-й Конгресс педиатров России «Здоровый ребенок». — М., 1999. — С. 151.

6. Конь И. Я., Гмошинская М. В., Фатеева Е. М. Функциональные обязанности медперсонала ЛПУ родовспоможения и детства в отношении поддержки и поощрения грудного вскармливания в Москве. Информационное письмо № 11. — М., 1999.

7. Гмошинская М. В., Сорвачева Т. Н. и др. // 3-й Конгресс педиатров России. — М., 1998. — С. 72–73.

8. Nutrition of normal infants / Ed. by Fomon S. — Mosby, 1993. — 420 p.

9. ESPGAN Committee on nutrition. Guidelines on infant nutrition. II Recommendation for the composition of follow up formula and beikost. // Acta Paediatrica Scand. — 1981. — Suppl. 287.

10. Sullivan S., Birch L. // Pediatrics. — 1994. — Vol. 93. — P. 271–277.

11. Michaelsen K., Weaver L., Branca F., Robertsbn A. // WHO Regional. Publications. — Euroean Series. — 2000. — № 87. — P. 169–199.

12. Hervada A., Newman D. // Current Problems in Pediatrics. — 1992. — Vol. 5/6. — P. 222–239.

13. Конь И. Я., Сорвачева Т. Н., Куркова В. И. // Педиатрия. — 1997. — № 3. — С. 61–65.

14. Конь И. Я. // 1-й Межд. конф. «Научные и практические аспекты совершенствования качества продуктов детского и геродиетического питания». — М., 1997. — С. 89–97.

15. Конь И. Я. // 8-й конгресс педиатров России. — М., 1998. — С. 63–64.

16. Конь И. Я., Куркова В. И., Георгиева О. В. // Мясное дело. — 1999. — № 4. — С. 35–39.