

*Т.В. Казюкова¹, О.К. Нетребенко¹, Е.В. Тулупова¹, Т.А. Дугина¹,
Л.В. Царегородцева¹, И.В. Панкратов², А.С. Алеев², Е.В. Перфилова³*

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ДЕТСКОГО МОЛОЧКА В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ 2-ГО И 3-ГО ГОДА ЖИЗНИ

¹ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова Росздрава;

^{2,3}Детские поликлиники № 73 и № 108 Департамента здравоохранения г. Москвы

У 218 детей 2-го (n=78) и 3-го (n=140) годов жизни проведено сравнительное рандомизированное исследование влияния специальной молочной смеси на динамику течения алиментарно-зависимых заболеваний: пищевой аллергии (ПА), атопического дерматита (АтД), железодефицитной анемии (ЖДА), функциональных расстройств пищеварения (ФРП). В 1-й интервенционной группе было 108 (49,5%) детей, которым заменили на 3 месяца цельное молоко на Nestle® детское растворимое молочко «Junior 1+/2+»; во 2-й группе сравнения – 110 (50,5%) детей, которые продолжали питаться коровьим молоком. В обеих группах с одинаковой частотой встречались дети с ПА, АтД, отягощенным анамнезом по атопии, ЖДА, ФРП. Через 3 месяца в 1-й группе достоверно снизилось число детей с ФРП ($p < 0,0001$), улучшилась обеспеченность железом, не было ни одного нового случая ЖДА. В то время как в группе сравнения число детей с латентным дефицитом железа сократилось ($p < 0,05$), было выявлено 2 новых случая ЖДА, сохранялось значительное число детей с ФРП.

Контактная информация:

Казюкова Тамара Васильевна – д.м.н., проф. каф. факультетской педиатрии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

Адрес: 117997 г. Москва, ул. Островитянова, 1

Тел.: (495) 728-44-50, **E-mail:** legacy_millenium@hotmail.com

Статья поступила 1.06.11, принята к печати 18.06.11.

Исследование показало, что специальное детское молочко эффективно для проведения пищевой коррекции ЖДА, ПА к белкам коровьего молока, ФРП у детей 2-го и 3-го года жизни.

Ключевые слова: дети 2-го и 3-го года жизни, пищевая аллергия к белкам коровьего молока, дефицит железа, функциональные расстройства пищеварения, коррекция, Nestle® детское растворимое молочко «Junior 1+/2+».

Comparative randomized study estimating influences of special milk for infants upon presentations of alimentary-dependent diseases: food allergy (FA), atopic dermatitis (AtD), iron-deficient anemia (IDA) and functional dyspepsia (FD) was performed in 218 infants of 2nd (n=78) and 3rd (n=140) years of life. 1st group included 108 children (49,5%), who begin to eat Nestle® growing up milk «Junior 1+/2+» instead of natural cow milk. 2nd (control) group included 110 children (50,5%), who continued to use cow milk. Initial rate of FA, AtD, positive history of atopy, IDA and FD was similar in both groups. 3 months later rate of children with FD in 1st group reduced significantly (p<0,0001), provision with iron improved, no one new case of IDA development occurred. AS for control group, number of children with latent iron deficiency reduced, 2 new cases of IDA were diagnosed, many cases of FD occurred. The study showed that special milk for infants was effective for dietary correction of IDA, FA to cow milk proteins and FD in infants of 2nd and 3rd year of life.

Key words: infants of 2nd and 3rd year of life, food allergy to cow milk proteins, iron deficiency, functional dyspepsia, correction, Nestle® growing up milk «Junior 1+/2+».

Проблемам вскармливания детей первого года жизни посвящено большое количество публикаций в медицинских научных изданиях, гораздо меньшее число работ посвящено изучению питания детей 2-го и 3-го годов жизни, хотя и в этом возрасте фактор питания играет важнейшую роль в формировании здоровья. Именно в период раннего детства закладываются и закрепляются главные пищевые привычки и предпочтения. Однако в это же время могут возникать и предпосылки для возникновения алиментарно-зависимых заболеваний, таких как пищевая аллергия (ПА), железодефицитные состояния (ЖДС), ожирение и др., которые способны существенным образом снизить показатели здоровья ребенка и качества его жизни в дальнейшем. Безусловно, ответственность за воспитание пищевых привычек у детей лежит прежде всего на родителях, поскольку традиции и манеры питания в семье являются для ребенка тем эталоном, которому он обычно следует в течение последующей взрослой жизни. Вместе с тем, и педиатры играют немаловажную роль в формировании у детей принципов здорового питания. Мероприятия, направленные на профилактику алиментарно-зависимых заболеваний, должны начинаться с раннего возраста и включать в себя консультации, информирование и помощь родителям в вопросах приучения ребенка к здоровому образу жизни и выбора продуктов здорового питания, в частности.

В последние десятилетия во всем мире наблюдается значительный рост среди детей раннего возраста частоты встречаемости наиболее распространенных алиментарно-зависимых заболеваний – ПА и железодефицитной анемии (ЖДА), виновниками которых в большинстве исследований называют коровье молоко (КМ) [1–6]. Изучение состава КМ приносит все новые данные, касающиеся как его пищевых, так и функциональных свойств. Тем не менее, целесообразность потреб-

ления цельного КМ, особенно у детей первых лет жизни, вызывает множество дискуссий. С одной стороны, цельное КМ обладает многочисленными положительными свойствами, а с другой – его применение у детей может служить виновником развития ПА, ЖДС, других состояний, ассоциированных с питанием. При этом следует отметить, что потребление КМ в различных популяциях существенным образом различается. Так, потребление КМ в Китае и Японии составляет менее 50 л в год на душу населения, а в Финляндии и Исландии – около 180 л [7]. Также разнятся и рекомендации относительно возраста, в котором КМ может вводиться в детский рацион. К примеру, в Швеции введение цельного КМ в рацион детей рекомендуется не раньше 10-месячного возраста, а в США – только после 12 месяцев; в Дании и Канаде минимальный возраст, с которого цельное КМ может использоваться в питании грудных детей, составляет 9 месяцев, такое же ограничение принято и в России [8].

Между тем, КМ содержит полный набор нутриентов: помимо белков, жиров, углеводов, витаминов и минералов, в его состав входят иммуноглобулины, гормоны, факторы роста, ферменты, биологически активные пептиды. Количество белка в КМ составляет 30–35 г/л, что намного превышает содержание белка в «зрелом» грудном молоке (ГМ) (9–10 г/л). Это различие является одной из основных причин, по которым цельное КМ не рекомендуется использовать в питании детей первых месяцев жизни, поскольку высок риск развития белковой перегрузки, что может способствовать возникновению метаболического синдрома в более старшем возрасте [9].

В качественном составе протеинов КМ и ГМ также имеются существенные различия, прежде всего касающиеся соотношения сывороточных белков и казеинов. В КМ белки на 80% пред-

ставлены казеинами, обеспечивающими, помимо нутритивных функций, транспорт и эффективное всасывание кальция и фосфатов, но одновременно они снижают всасывание железа за счет плотного его связывания с фосфосериновыми остатками. Однако различные фракции казеиновых белков по-разному влияют на всасывание железа. Так, α -s-1-казеинфосфопептид (содержащийся в КМ, но отсутствующий в женском молоке) в значительной степени снижает абсорбцию железа, в то время как β -казеинфосфопептид (содержащийся в женском, но отсутствующий в КМ), напротив, улучшает всасывание железа [10]. До некоторой степени эти данные могут объяснять различия в биодоступности железа из женского и КМ. В процессе переваривания казеинов образуются β -казоморфины, относящиеся к опиоидным пептидам, которые способны взаимодействовать с эндогенными опиоидными рецепторами и оказывать успокаивающее действие. В исследованиях И.Г. Михеевой и соавт. [11] показано, что β -казоморфины женского молока структурно не идентичны β -казоморфинам КМ, с связи с чем последние не оказывают положительных функциональных эффектов на организм ребенка. Кроме того, КМ содержит особые белки – казокинины, способные ингибировать ангиотензин-конвертирующий фермент и обладающие антигипертензивной активностью [12]. Казокинины формируются в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) в процессе энзиматического гидролиза белков или образуются в кисломолочных продуктах под действием микроорганизмов, таких как *Lactobacillus helveticus* [13]. Помимо вышеописанных, казеины КМ содержат пептиды, обладающие антимикробными свойствами (казецидины, израцидины) [14], а также иммуномодулирующей активностью [15]. По данным Т. Jauhiainen [16], существует обратная связь между уровнем потребления КМ и риском развития артериальной гипертензии.

Сывороточная фракция белков КМ составляет лишь 20% от общего количества белка, но они являются более ценными в плане аминокислотного состава, поскольку приближены к аминокислотному профилю белков ГМ. В большинстве современных детских молочных смесей (ДМС) (особенно в формулах-1) белковый компонент не менее чем на 60% представлен сывороточными белками, составной частью которых являются иммуноглобулины, лактоферрин, другие биологически активные пептиды. К примеру, α -лактальбумин КМ способен стимулировать рост бифидобактерий [7], в связи с чем им дополнительно обогащают белковый компонент ДМС последнего поколения, что позволяет существенным образом приблизить аминокислотный профиль смеси к белкам женского молока, снизить общее количество белка в смеси, что придаст ей улучшенные функциональные свойства.

Учитывая существенные различия в качественном и количественном составе протеинов КМ и женского молока. Теоретически возможная польза, связанная с описанными выше положительными свойствами белков КМ, значительно превосходит потенциальный риск вероятных негативных последствий от его применения у детей раннего возраста.

Ограничивает использование цельного КМ у детей раннего возраста еще один чрезвычайно важный аспект – ЖДА, развивающаяся на фоне вскармливания неадаптированными молочными продуктами. Помимо низкого содержания в них железа, причиной, частично ответственной за формирование ЖДА у этих детей, являются белки. На фоне потребления цельного КМ у части детей наблюдаются кровоизлияния в кишечнике, что приводит к повышению потерь гемоглобина и железа с калом. Еще в 1974 г. J.F. Wilson с коллегами [17] установили, что количество крови, теряемое через диапедезные кровоизлияния, вызванные применением цельного КМ, составляет в среднем 1,7 мл в сутки, что эквивалентно потере 0,53 мг железа, и при длительном течении оказывает негативное влияние на баланс железа в организме ребенка. Показано, что перевод детей на вскармливание адаптированными молочными смесями на основе КМ или соевого белка потеря крови с калом снижалась до 0,3 мл в день. Схожие негативные эффекты вызывает и назначение детям старше 6 месяцев неадаптированного кефира в количестве более 200 мл в сутки [18]. В то же время КМ, обработанное при температуре 115 °С и выше, не вызывает увеличения потерь гемоглобина с калом. Е.Е. Ziegler и соавт. [19] выявили зависимость возникновения диапедезных кровотечений от возраста, в котором ребенок начал получать цельное КМ: чем моложе ребенок, тем выше вероятность диапедезных кровопотерь и степень потери гемоглобина с калом. В своих дальнейших исследованиях они установили, что лишь к возрасту 12 месяцев КМ уже не вызывает значимого увеличения потерь гемоглобина с калом [20].

С другой стороны, КМ и молочные продукты являются основным источником кальция, поэтому снижение квоты КМ в суточном рационе детей может приводить к недостаточному поступлению в организм кальция, что может негативно сказываться на минерализации костной ткани, способствовать раннему кариесу.

Еще одними из часто встречающихся алиментарно-зависимых состояний у детей раннего возраста являются функциональные расстройства пищеварения (ФРП) или минимальные пищеварительные дисфункции, к которым относят кишечные колики, срыгивания, рвоту, функциональный запор. На 2–3-м году жизни ребенка такие ФРП, как кишечные колики, срыгивания и

рвота, как правило, разрешаются сами собой либо с помощью определенных диетических подходов, и на первый план выступают проблемы, связанные с нормальным и регулярным функционированием (опорожнением) толстого кишечника – т.н. «функциональные» запоры, которые выявляются у 16–20% детей в возрасте старше 18–22 месяцев [21–23]. Запоры характеризуются удлинением более чем на 32–36 ч интервалов между дефекациями, длительным периодом натуживания, плотной или комковатой консистенцией кала, согласно Бристольской шкале фекалий [24], – соответственно 1-й и 2-й типы стула (см. рисунок).

Возникновение запоров у детей может быть связано с дискинезией толстой кишки, нарушением дефекации (диспезия) вследствие спазма сфинктеров прямой кишки, снижения тонуса гладкой мускулатуры и др., или сочетанием этих факторов [21, 22]. Запоры у детей раннего возраста чаще обусловлены дискинезией толстой кишки (по гипоплии гипермоторному типу) [22], характеризуются затрудненной болезненной дефекацией и зачастую сопровождаются психологической задержкой стула, что нарушает формирование привычки пользоваться горшком [25, 26]. Наиболее частой причиной запоров у детей в возрасте 2–3 лет являются алиментарные нарушения, связанные, в том числе, с использованием цельного КМ, белковый компонент которого, как уже ранее указывалось, представлен казеином.

Учитывая вышеизложенное, становится очевидным, что в детском рационе желателен наличие продуктов, которые являлись бы по сути «функциональными», обеспечивая положительное влияние на состояние здоровья ребенка. В ряде работ было показано, что включение в рацион детей 2–3 лет вместо цельного КМ специального детского молочка, содержащего сниженное коли-

чество белка и обогащенного витаминами и микроэлементами, может уменьшить риск развития ЖДА, ПА, ожирения и ряда других заболеваний. Саплементация кальция с молочными продуктами положительно влияет на вегетативный тонус и показатели ЭКГ [27]. Включение пробиотиков и пищевых волокон в состав подобных продуктов нормализует состав кишечной микробиоты, способствует увеличению объема кишечного содержимого и увлажнению химуса, тем самым приводит к усилению перистальтики и регулярному опорожнению кишечника, что снижает частоту ФРП у детей [28, 29].

Нами проведено открытое рандомизированное сравнительное исследование по изучению влияния специальной молочной смеси для детей старше года на некоторые показатели здоровья детей 2-го и 3-го годов жизни, проживающих в крупном мегаполисе.

Для замены молочной составляющей в рационе детей были выбраны смеси: Nestle® детское растворимое молочко «Junior 1+» и «Junior 2+» соответственно для детей 2-го и 3-го года жизни, содержащие смесь витаминов (А, Е, С), минеральных веществ (железо, йод) и пробиотиков – в виде культуры бактерий *Bifidobacterium lactis*.

Обследование и наблюдение за детьми проводилось на базе ДПП № 108 ЦАО (главный врач – Е.В. Перфилова) и ДПП № 73 ЮЗАО (главный врач – И.В. Панкратов) г. Москвы. На предварительном этапе организации исследования была разработана специальная анкета для опроса родителей, которая включала общие сведения, течение настоящей беременности и родов у матерей, подробные сведения практики вскармливания ребенка от рождения, частоту употребления различных продуктов, знания матерей в области детского питания, социальные данные о семье.

На I этапе работы было проанализировано 487 амбулаторных карт детей 2-го (261) и 3-го (226) годов жизни, относящихся 1–2-й группам здоровья. Отбор детей проводился методом «слепой случайной» выборки, где критериями включения были:

- возраст детей – старше 1-го года и моложе 3 лет,
- отсутствие острых интеркуррентных заболеваний на момент начала исследования,
- активное участие родителей в исследовании: ведение пищевого дневника, контроль опорожнения кишечника у ребенка, согласие на замену в рационе детей интервенционной группы обычного КМ на «Junior 1+» или «Junior 2+» соответственно у детей 2-го и 3-го года жизни на период не менее 3 месяцев.

Среди отобранных детей родители только 218 (45%) согласились в течение 3 месяцев участвовать в программе исследования. Таким образом, всего в исследовании участвовали 218 детей (106

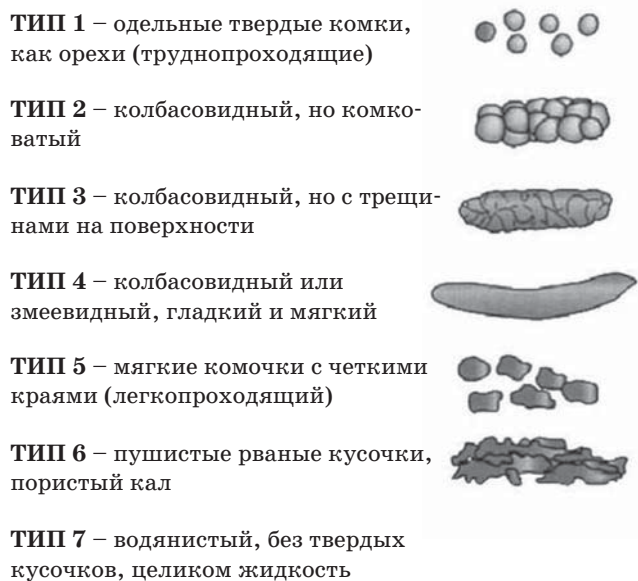


Рисунок. Бристольская шкала формы стула*.

* по данным [24].

Таблица 1

Общая характеристика обследованных детей

Группы детей	Общее количество (%)	Мальчики (%)	Девочки (%)	Гендерное соотношение (мал/дев)	Возраст, мес		Итого
					13–24	25–34	
Основная группа	108 (49,5)	49 (46,2)	59 (52,7)	0,83	42 (53,8)	66 (47,2)	108 (100)
Группа сравнения	110 (50,5)	57 (53,8)	53 (47,3)	1,08	36 (48,2)	74 (52,8)	110 (100)
Итого	218 (100)	106 (100)	112 (100)	0,95	78 (100)	140 (100)	218 (100)

мальчиков и 112 девочек), среди них 78 (35,8%) – дети 2-го и 140 (64,2%) – 3-го года жизни. Превалирование в исследовании детей 3-го года жизни, по всей вероятности, можно объяснить более широким рационом питания детей в этом возрасте и отсутствием у родителей настороженности в отношении введения новых продуктов питания в ежедневную диету ребенка. Распределение детей по группам здоровья было следующим: в 1-ю группу здоровья были отнесены 49 (22,5%) детей, во 2-ю – 145 (66,5%), в 3-ю – 24 (11%) ребенка.

В зависимости от согласия родителей заменить молочную составляющую рациона своих детей на «Junior 1+/2+» дети были разделены на 2 группы. В 1-ю основную (интервенционную) группу включены 108 (49,5%) детей; во 2-ю группу (сравнения), где родители не проводили замены обычного КМ на молочную смесь для детей старше года, – 110 (50,5%) детей.

Характеристика обследованных детей представлена в табл. 1.

На базе ДГП № 108 ЦАО прошли обследование 110 (50,5%) пациентов, на базе ДГП № 73 ЮЗАО – 108 (49,5%).

Обследование детей включало осмотр педиатра, измерение антропометрических показателей. В соответствии со стандартными общепринятыми методиками проведено исследование гемограммы (автоанализатор) и определение показателей обмена железа (ферритин сыворотки – ФС, железо сыворотки, трансферрин): у 34 (31,5%) детей основной группы и 35 (31,8%) детей группы сравнения, показанием к чему являлись сведе-

ния о ЖДА у ребенка в анамнезе, жалобы родителей на слабость, бледность, снижение аппетита, трофические изменения ногтей и волос. Через 3 месяца наблюдения проводили повторный контроль показателей (масса тела, рост, лабораторные данные), оценку характера стула. Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью программного обеспечения Statistica и Excel с вычислением средних значений (M), среднеквадратичных отклонений ($\pm m$), параметрических и непараметрических критериев, отражающих достоверность и взаимосвязи исследованных параметров.

На начало исследования в обеих группах примерно с одинаковой частотой встречались дети с атопическими/аллергическими заболеваниями в виде ПА, атопического дерматита (АтД), рецидивирующего бронхообструктивного синдрома (БОС) – все в стадии компенсации, или с отягощенным семейным анамнезом по атопии; с ЖДС в форме латентного дефицита железа (ЛДЖ) и ЖДА; ФРП – в виде запоров, срыгиваний и кишечных колик (табл. 2).

Детям с ЖДС назначали ферропрепараты (сироп Феррум Лек в течение 1,5–2 мес при ЛДЖ или 3–3,5 мес – при ЖДА) под контролем содержания гемоглобина и ферритина сыворотки крови, в диете рекомендовалось использовать мясо-овощные и мясо-крупяные блюда, обогащенные железом; детские соки и пюре с высоким содержанием витаминов.

После проведения осмотра и обследования в основной (интервенционной) группе 108 детей начали применять «Junior 1+/2+». Однако пол-

Таблица 2

Частота выявления заболеваний, обусловленных атопией, ЖДС и ФРП среди обследованных детей на начало исследования

Группы детей	Дети с ПА, АтД (%)	Дети из семей с отягощенным анамнезом по атопии (%)	ФРП		ЖДС	
			запоры	срыгивания, кишечные колики	ЛДЖ	ЖДА
Основная (n=108)	11 (10,2)	19 (17,6)	22 (20,4)	4 (3,7)	5 (4,6)	3 (2,8)
Сравнения (n=110)	13 (11,8)	19 (17,3)	20 (18,2)	4 (3,6)	5 (4,5)	3 (2,7)
Итого (n=218)	24 (11,0)	38 (17,8)	42 (19,3)	8 (3,7)	10 (4,7)	6 (2,8)

Таблица 3

Частота выявления заболеваний, обусловленных атопией, ЖДС и ФРП среди обследованных детей по окончании исследования

Группы детей	ФРП				ЖДС			
	срыгивания, кишечные колики (%)		запоры (%)		ЛДЖ (%)		ЖДА (%)	
	до начала	через 3 мес	до начала	через 3 мес	до начала	через 3 мес	до начала	через 3 мес
Основная (n=90)	4 (3,7)	0	22 (20,4)	3 (3,3)	5 (4,6)	2 (2,2)	3 (2,8)	0
Сравнения (n=98)	4 (3,6)	1 (1,0)	20 (18,2)	17 (17,3)	5 (4,5)	2 (2,0)	3 (2,7)	3 (3,1)
p ₁₋₂	<0,001		<0,0001		<0,05		<0,001	
p ₃₋₄	<0,05		>0,05		<0,05		>0,5	
p ₅₋₆	<0,005		<0,005		>0,05		<0,001	

p₁₋₂ – достоверность различий между показателем до начала и через 3 месяца наблюдения у детей основной (интервенционной) группы; p₃₋₄ – достоверность различий между показателем до начала и через 3 месяца наблюдения у детей группы сравнения; p₅₋₆ – достоверность различий между основной группой и группой сравнения.

ностью закончили 3-месячный цикл приема смеси, предусмотренный проектом, только 90 (83,3%) детей. Из 18 детей, которые не закончили 3-месячную программу исследования, у 14 детей причиной отказа от продолжения использования «Junior 1+/2+» явилось нежелание матерей «терять время на приготовление смеси, когда проще купить готовое молоко в магазине». Еще у 4 детей (3,7%) отказ от дальнейшего приема смеси был обусловлен аллергическими реакциями, возникшими на 3–4-й день приема данного продукта: у 2 детей (из семей с отягощенным анамнезом по атопии) – в виде аллергических реакций по типу крапивницы, еще у 2 – в виде обострения кожных проявлений АТД. Во всех остальных случаях дети с удовольствием пили специальное детское молочко в объеме не менее 200 мл в день.

Таким образом, исследование закончили 90 (83,3%) детей основной (интервенционной) группы, которые на протяжении 3 месяцев ежедневно использовали в питании «Junior 1+/2+», и 98 (89,1%) детей группы сравнения (12 детей этой группы не смогли пройти повторное обследование из-за переезда).

Динамика течения заболеваний, обусловленных атопией, ЖДС и ФРП среди обследованных детей по окончании исследования у детей основной группы и группы сравнения представлена в табл. 3.

Итак, через 3 месяца использования в качестве молочной составляющей рациона «Junior 1+/2+» в основной группе отмечено достоверное снижение числа детей с ФРП, причем жалобы на срыгивания и кишечные колики исчезли полностью (p<0,001), а число детей, страдающих запорами, сократилось с 22 до 3 (p<0,0001), что можно

связать с пробиотическим эффектом смеси за счет входящих в ее состав культур бактерий *B. lactis*. В то время как в группе сравнения отмечено лишь достоверное снижение числа детей с кишечными коликами и срыгиванием (p<0,05), но число детей с запорами существенно не изменилось (p>0,05).

Через 3 месяца регулярного ежедневного приема обогащенного детского молочка выявлено существенное улучшение обеспеченности железом детей основной группы. Так, значения ФС – основного маркера обеспеченности организма железом, который прямо пропорционален накоплению железа в макрофагах и гепатоцитах, существенным образом увеличилось за 3 месяца приема «Junior 1+/2+» с 38,9±9,1 до 63,7±4,7 мкг/л (p<0,001). Причем при повторном обследовании детей через 3 месяца наблюдения не было зарегистрировано ни одного нового случая возникновения ЖДА, при этом достоверно уменьшилось (p<0,05) число детей с ЛДЖ. Справедливости ради следует отметить, что и в группе сравнения количество детей с ЛДЖ также уменьшилось (p<0,05), но при этом число пациентов с ЖДА не изменилось, было выявлено 2 новых случая ЖДА.

Полученные в ходе настоящего клинического исследования данные позволяют сделать заключение об эффективности использования детского растворимого молочка «Junior», специально разработанного компанией «Нестле» для детей 2–3 лет жизни с учетом возможной пищевой коррекции алиментарно-зависимых заболеваний, наиболее распространенных в раннем детстве, таких как ЖДА, ПА к белкам КМ, ФРП. Проведенное исследование позволяет широко рекомендовать данный продукт в питании детей старше года. Вместе с

тем, детям с АД специальное молочко следует назначать только в период полной клинической ремиссии кожных проявлений.

Таким образом, воспитание привычки здорового питания – важнейшая составляющая обеспечения здоровья детей, поскольку истоки развития многих алиментарно-зависимых состояний зачастую начинаются именно в раннем детском возрасте, а во взрослой жизни они могут приобретать не только хроническое течение, но и осложняться более грозными заболеваниями. Следует приветствовать появление на отечественном рынке

функциональных продуктов питания, позволяющих самым простым и физиологическим образом – путем ежедневного потребления пищи – обеспечить растущий организм ребенка необходимыми нутриентами, микроэлементами, витаминами, тем самым снизить риск возникновения наиболее распространенных заболеваний, ассоциированных с неправильным или несбалансированным питанием. При этом важно учитывать степень влияния социальных факторов, таких как традиции питания в семье, для формирования правильного здорового питания ребенка с первых лет жизни.

ЛИТЕРАТУРА

- Ziegler EE, Fomon SJ, Nelson SE, et al. Cow milk feeding in infancy: further observations on blood loss from the gastrointestinal tract. *J. Pediatr.* 1990; 116: 11–18.
- Ziegler EE, Fomon SJ, Nelson SE, Serfass RE. Absorption and loss of iron in toddlers are highly correlated. *J. Nutr.* 2005; 135 (4): 771–777.
- Yip R. Prevention and control of iron deficiency: policy and strategy issues. *J. Nutr.* 2002; 132: 802S–805S.
- World Health Report 2002. Reducing risks, Promoting Healthy Life. INACG/ UNICEF. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. Geneva: WHO, 2002.
- Michaelsen K, Weaver L, Branca F, et al. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республике бывшего Советского Союза: Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия №87, 2001: 72–73.
- Oski FA. Iron deficiency in infancy and childhood. *NEJM.* 1993; 329: 190–193.
- Saxelin M, Korpela R, Mayra-Mahinen A. Introduction: classifying functional dairy products. In: Functional dairy products. Eds. Mattila-Sandholm T, Saarela M. Woodhead Publishing Limited, UK, 2003: 1–16.
- Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. М.: Союз педиатров России, 2009.
- Нетребенко О.К., Дурмашкина А.П., Лукушкина Е.Ф. Питание и рост грудного ребенка: отдаленные последствия и связь с заболеванием. *Педиатрия.* 2009; 88 (5): 69–76.
- Kibangou IB, Bouhallab S, Henry G, et al. Milk proteins and iron absorption: contrasting effects of different casein phosphopeptides. *Pediatr. Res.* 2005; 58 (4): 731–734.
- Мухеева И.Г., Кост Н.В., Корнеева Е.В. и др. Влияние вида вскармливания на эндогенную опиоидную систему и психомоторное развитие детей первого года жизни. *Вопр. дет. диетологии.* 2009; 7 (3): 5–11.
- Yamamoto N. Antihypertensive peptides derived from food proteins. *Biopolimers.* 1997; 43: 129–134.
- Maeno M, Yamamoto N, Takano D. Identification of an antihypertensive peptide from casein hydrolysate produced by a proteinase from *Lactobacillus helveticus* CP790. *J. Dairy Sci.* 1996; 79: 1316–1321.
- Lahov E, Regelson W. Antibacterial and immunostimulating casein-derived substances from milk: casecidin, isracidin peptides. *Food Chem. Toxicol.* 1996; 34: 131–145.
- Migliore-Samour D, Floch F, Jolles P. Biologically active casein peptides implicated in immunomodulation. *J. Dairy Res.* 1989; 56: 357–362.
- Jauhainen T, Corpela R. Milk peptides and blood pressure. *J. Nutr.* 2007; 137: 825S–829S.
- Wilson JF, Lahey ME, Heiner DC. Studies on iron metabolism. V. Further observations on cow's milk-induced gastrointestinal bleeding in infants with iron-deficiency anemia. *J. Pediatr.* 1974; 84: 335–344.
- Конь И.Я., Сафронова А.И., Воробьева Л.Ш. и др. Оценка влияния кефира и «последующей» молочной смеси на развитие диапедезных кровотечений у детей второго полугодия жизни. *Педиатрия.* 2002; 3: 55–59.
- Ziegler EE, Jiang T, Romero E, et al. Cow's milk and intestinal blood loss in late infancy. *J. Pediatr.* 1999; 135: 720–726.
- Jiang T, Jeter JM, Nelson SE, Ziegler EE. Intestinal blood loss dueing cow milk feeding in older infants. Quantative measurements. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2000; 154: 673–678.
- Loenig-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment and longterm follow up. *Gut.* 1993; 34: 1400–1404.
- Коровина Н.А., Захарова И.Н., Зайденварг Г.Е., Малова Н.Е. Запоры у детей первых лет жизни. *Вопр. совр. пед.* 2004; 1: 2–7.
- Сорвачева Т.Н., Пашкевич В.В., Конь И.Я. Диетотерапия запоров у детей первого года жизни. В кн.: Руководство по детскому питанию. Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. М.: МИА, 2004: 453–459.
- Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand. J. Gastroenterol.* 1997; 32 (9): 920–924.
- Студеникин В.М. Обучение детей туалетным навыкам: вчера и сегодня. *Леч. врач.* 2009; 8: 1–3.
- Mota DM, Barros AJD. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. *J. Pediatr. (Rio J.).* 2008; 84: 9–17.
- Ohlund I, Hornell A, Lind T, Hernell O. Dietary fat in infancy should be more focused on quality than on quantity. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2008; 62: 1058–1065.
- Лукушкина Е.Ф., Лазарева Т.С., Власова И.Н. и др. Влияние молочной смеси «Нестожен» с пребиотиками на микробный пейзаж кишечника у детей грудного возраста. *Педиатрия.* 2009; 87 (4): 103–108.
- Казюкова Т.В., Нетребенко О.К., Самсыгина Г.А. и др. Питание и функциональные нарушения пищеварения у детей старше года. *Педиатрия.* 2010; 89 (2): 107–112.