

и симпозиумах по детскому питанию, а также на страницах медицинской печати в журналах «Вопросы современной педиатрии», «Вопросы детской диетологии», «Педиатрия», «Практика педиатра», «Права ребенка» и др.

© Коллектив авторов, 2008

Т.Э. Боровик¹, В.А. Скворцова¹, О.К. Нетребенко²

ПРИКОРМ В ПИТАНИИ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

¹ГУ Научный центр здоровья детей РАМН,

² ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», Москва

В последние годы появляются новые данные о влиянии питания грудного ребенка на рост, развитие и состояние здоровья в последующей его жизни. Неправильное, недостаточное или избыточное питание приводит к возникновению дефицита микронутриентов, является фактором риска развития ожирения, диабета, ранней гипертонии [1–3].

Многочисленные дискуссии вызывают рекомендации по продолжительности исключительно грудного вскармливания (ГВ) до 6 месяцев жизни, предложенные ВОЗ в 2001 г. [4] и поддержанные МЗ РФ в 2003 г. [5]. У практикующих врачей-педиатров возникает множество вопросов: как долго продолжать исключительно ГВ? Какие категории детей не могут находиться на исключительно ГВ до 6-месячного возраста? Одинаковы ли сроки введения прикорма для детей, находящихся на ГВ или искусственном вскармливании (ИВ)? Что назначать в качестве первого прикорма при различных отклонениях в состоянии здоровья и развития детей?

Проблема сроков введения и характера прикорма активно обсуждается в современной педиатрической литературе. Специалисты по детскому питанию из разных стран высказывают различные, иногда противоположные точки зрения. В некоторых публикациях считают необходимым уточнить понятие прикорма, так как с английского языка это слово можно перевести как отлучение от груди, что противоречит современным представлениям о необходимости продолжительного ГВ.

Прикорм, по данным Foote & Marriott (2003), это первое более плотное и густое, чем грудное молоко (ГМ), питание, которое постепенно замещает его в рационе ребенка [6]. Отечественные специалисты под прикормом подразумевают все продукты, кроме женского молока и искусственных смесей, дополняющие рацион необходимыми пищевыми веществами, для обеспечения дальнейшего адекватного роста и развития ребенка [7].

Проект Научно-практической программы «Национальная стратегия вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» одобрен на XII Конгрессе педиатров России в Москве (февраль 2008 г.).

Впервые рекомендации по введению прикорма в возрасте от 4 до 6 месяцев жизни появились более 25 лет назад в ряде европейских стран. Однако эпидемиологические исследования практики вскармливания детей показывают существенные отклонения от режима, предложенного специалистами по питанию. В Великобритании практически 90% матерей включают в рацион детей питание, отличное от ГМ и детских смесей, еще до достижения детьми 4 месяцев жизни [8]. У детей азиатского происхождения, живущих в Лондоне, выявлена тенденция к более позднему введению прикорма – после 6–8-месячного возраста [9]. В Шотландии средний возраст начала прикорма составил 11 недель, варьируя от 4 до 35 недель; здесь только 7% детей не получали прикорма в возрасте 4 месяцев [10]. В этом исследовании отмечено, что более молодые и менее образованные матери начинали вводить прикорм в более ранние сроки. Кроме того, было показано, что к 6-месячному возрасту коровье молоко как основное молочное питание получали 2% детей, к 9 мес жизни – 17% детей и к концу первого года жизни – 45% детей. Первым блюдом прикорма в 82% случаев была каша промышленного изготовления; только 5% детей получали в качестве первого прикорма фруктовые пюре и соки.

По данным S. Fomon [11], в США за последние 30 лет изменились сроки введения прикорма. Если в начале 70-х годов детям часто вводили прикорм в первые 1,5–2 месяца жизни, то к концу 90-х годов – ближе к 4-му месяцу жизни. В качестве первого прикорма обычно использовали кашу. Автор отмечает, как «неблагоприятный фактор участвовавшее использование фруктовых соков». Соки часто вызывают побочные реакции и вносят большой вклад в развитие раннего кариеса у детей [12]. Кроме того, содержание витаминов и минеральных веществ в фруктовых соках невелико и не может удовлетворить потребности детей [13].

По мнению S. Fomon, раннее (до 4 месяцев) введение прикорма способствует формированию неблагоприятной установки на избыточное питание, которое в дальнейшем может приводить к развитию ожирения [11].

Одна из последних работ по изучению практики вскармливания детей первого года жизни в ряде регионов России, проведенная Институтом питания РАМН, показала, что до достижения ребенком возраста 4 мес 50% детей начинают получать каши, 3,4% детей – кефир и коровье молоко, 9,2% детей – фрукты. При этом суточный объем цельного коровьего молока и кефира достигал 920 мл/день [14].

Исследования, проведенные в Н. Новгороде, показали, что первым прикормом у детей были соки, которые вводились в рацион в среднем в возрасте 2,5 мес, и фруктовые пюре – в 3,2 мес (что соответствует современным российским рекомендациям). Более половины детей в данной выборке начали получать творог до 4 месяцев жизни. Средний возраст введения каши и овощного пюре в рацион составил 4,1 мес, при этом 30% детей стали получать указанные продукты до 4 мес. В этом исследовании выявлено также раннее введение неадаптированных молочных продуктов в рацион: 60% детей стали получать коровье молоко и кефир в возрасте до 3 мес, после 6 мес общий объем неадаптированных молочных продуктов составлял 980 мл в сутки [15]. В то же время в ряде случаев отмечается неоправданно позднее введение в рацион мяса и фруктов. Так, потребление мяса у детей в возрасте от 9 до 12 мес, по данным А.К. Батурина [14], составляет 47%, фруктов – 54,1%.

Активная работа педиатров в направлении улучшения практики вскармливания детей первого года позволила несколько улучшить ситуацию в отдельных регионах [16]. Так, в Н. Новгороде удалось уменьшить число детей со слишком ранним (до 4 мес) введением прикорма, повысить продолжительность ГВ, отодвинуть сроки введения в рацион коровьего молока и кефира (рис. 1).

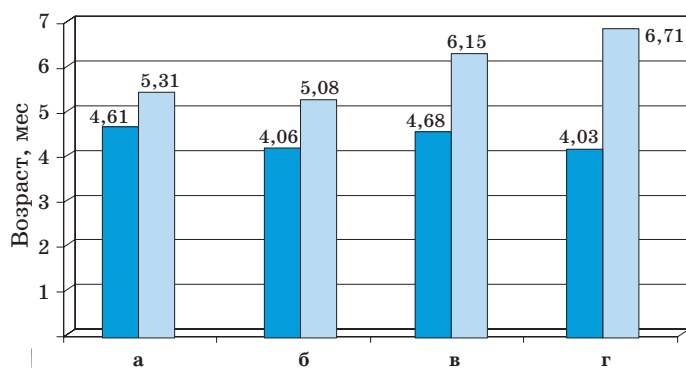


Рис. 1. Изменение практики введения прикормов в Нижнем Новгороде*.

* По данным [16]; ■ – конец 90-х годов, ■ – настоящее время; а – возраст прекращения ГВ, б – возраст введения первого прикорма, в – возраст введения коровьего молока, г – возраст введения кефира.

Информация по срокам введения первого прикорма очень важна прежде всего для врачей-педиатров. К сожалению, принятые много лет назад сроки и последовательность введения тех или иных блюд прикорма многими врачами и организаторами здравоохранения воспринимаются как неукоснительные правила. Более разумным, на наш взгляд, является индивидуализация рекомендаций и возможность начинать введение прикорма, принимая во внимание состояние здоровья, параметры роста и развития, а также состояние питания и лактационные возможности матери.

При выборе прикорма врач должен учитывать прежде всего наиболее острые потребности детей в отдельных нутриентах. Такими определяющими нутриентами являются для детей, получающих исключительно ГВ, железо, цинк, кальций и ряд других минеральных веществ и витаминов, а также, возможно, белок и энергия.

Сравнение данных по содержанию микроэлементов в ГМ к 6-му месяцу жизни ребенка с рекомендуемым потреблением этих микронутриентов показывает, что с прикормом ребенок, находящийся на ГМ, должен получать 95% необходимого ему железа, 82% цинка, 72% фосфора (рис. 2).

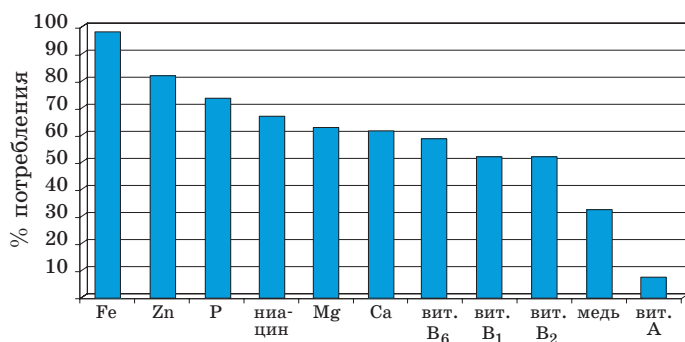


Рис. 2. Процент суточного потребления микронутриентов, которые ребенок должен получить с прикормом в возрасте 6 месяцев*.

* По данным [17].

Эти данные, конечно, в значительной мере условны, так как уровень отдельных микроэлементов в ГМ различен и зависит от многих факторов [17].

Большинство исследователей считают, что ГМ обеспечивает адекватное поступление железа здоровым детям только до 6 месяцев жизни. Так, в образцах молока женщин из Калифорнии уровень цинка, меди, калия в период с 7-й по 11-й месяцы лактации достоверно ниже по сравнению с этими микронутриентами на 4–6-м месяце лактации [18].

Количество железа в ГМ, по разным данным, варьирует от 0,2 до 0,9 мг/л. Дополнительное назначение железа кормящим матерям, повышая обеспеченность организма женщины, практически не увеличивает его уровень в ГМ [19, 20].

Роль недостаточного потребления железа в период активного роста мозга довольно хорошо изу-

чена в эксперименте и подтверждена клиническими наблюдениями. Дефицит железа нарушает миелинизацию нервных волокон, что вызывает задержку передачи нервных импульсов, затрудняет реакцию ребенка на внешние стимулы и снижает интеллектуальное развитие [21]. Многие исследователи утверждают, что длительный дефицит железа с признаками железодефицитной анемии вызывает необратимые изменения в психоневрологическом развитии ребенка [22, 23].

Содержание цинка в ГМ быстро падает уже к концу первого месяца лактации [24]. Некоторые исследователи связывают низкое содержание цинка в ГМ у матерей с его дефицитным потреблением в III триместре беременности. Исключительно ГВ в первые 6 месяцев жизни не обеспечивает необходимый уровень поступления цинка в организм ребенка.

Цинк необходим для нормального функционирования более чем 300 ферментов, регулирующих процессы митоза, синтеза ДНК и белка, экспрессии и активации гена. Физиологическая роль цинка в период быстрого роста и развития приобретает особую важность для внутриутробного роста плода, а также развития детей первого года жизни.

Тяжелый дефицит цинка приводит к нарушению функции всех цинкзависимых ферментов организма и нарушает состояние кожи, желудочно-кишечного тракта, ЦНС и репродуктивного здоровья.

Поэтому с первым прикормом ребенок должен получать цинксодержащие или обогащенные цинком продукты. В США сделаны попытки улучшить статус цинка у грудных детей с помощью специальных цинксодержащих добавок [25]. Однако, как показали результаты этой работы, дополнительное введение цинка в такой форме не улучшало рост детей.

Выбор адекватного продукта прикорма, содержащего биодоступное железо и цинк, является ключевым фактором профилактики развития дефицита этих микронутриентов у детей. В нескольких работах проводилось изучение абсорбции железа из продуктов прикорма. М. Engelmann и соавт. [26] изучали инкорпорацию железа в эритроциты у детей в возрасте 6–7 месяцев, получающих в качестве прикорма овощное пюре или такое же пюре с добавлением мяса. Как показало это исследование, введение мяса увеличивало абсорбцию негемового железа у детей.

Существуют отдельные данные по усвоению цинка из продуктов прикорма. В работе N. Krebs [25] проводилось изучение фракционной абсорбции цинка из мясного пюре и каши у 7-месячных детей. Хотя эффективность абсорбции из этих продуктов не отличалась, более высокое содержание цинка в мясе увеличивало поступление цинка в организм ребенка.

Неадекватный первый прикорм является причиной микронутриентной недостаточности у детей. В ряде стран в качестве первого прикорма час-

то используют фруктовые пюре и соки, хотя они содержат недостаточное количество белка, железа, цинка, многих витаминов [27].

Очевидно, что первое блюдо прикорма, особенно, если оно вводится в рацион ребенка, получающего исключительно ГВ в возрасте 5–6 месяцев, должно содержать оптимальное количество основных эссенциальных микроэлементов (железо, цинк, фосфор, кальций, магний).

В последние годы появился ряд научных публикаций по влиянию сроков введения прикорма на рост и развитие детей. В исследованиях, проводившихся в развивающихся странах, выявлено, что сохранение исключительно ГВ в первые 6 месяцев жизни оказывает более благоприятное воздействие на массо-ростовые показатели детей, в то же время данные по развитым странам не выявили влияния продолжительности исключительно ГВ (до 3–4 месяцев против 6 месяцев) на рост и развитие детей. По мнению экспертов ESPGHAN, исключительно ГВ приблизительно до 6 месяцев жизни является желательным, однако приемлемые сроки введения прикорма варьируют от 17 до 26 недель жизни ребенка. Физиологической базой этих сроков (4–6 мес) является достаточная зрелость пищеварительной, мочевыделительной системы, а также необходимая степень психоневрологического развития, достигаемого ребенком к возрасту 4–5 месяцев [28]. По мнению специалистов, расширение рациона ребенка сопровождается гормональным ответом организма (секреция инсулина, гормонов надпочечников), способствующим дальнейшему созреванию пищеварительной системы, повышению активности пищеварительных ферментов.

В настоящее время в России широко обсуждается Национальная программа по оптимизации вскармливания детей первого года жизни, в которой, в частности, предлагается новая схема введения прикорма. В соответствии с этой программой минимальный возраст детей, при котором возможно введение первых продуктов прикорма, – 4 месяца, так как к этому времени гастроинтестинальный тракт ребенка становится более зрелым: снижается изначально повышенная проницаемость слизистой оболочки тонкой кишки, созревает ряд пищеварительных ферментов, формируется достаточный уровень местного иммунитета, ребенок приобретает способность проглатывать полужидкую и более густую пищу, связанную с угасанием «рефлекса выталкивания ложки». При более раннем назначении прикорма повышается частота диспепсических нарушений, аллергических реакций, дисбиотических нарушений, необоснованно вытесняется из рациона материнское молоко или детская молочная смесь, резко стимулируется ферментативная активность гастроинтестинального тракта.

Позднее введение прикорма – после 6 месяцев – также неблагоприятно отражается на росте и раз-

витии ребенка: приводит к выраженному дефициту микронутриентов (железа, цинка и др.), необходимости быстрого введения сразу нескольких продуктов, что приводит к большой антигенной нагрузке, а также к задержке формирования навыков жевания и глотания густой пищи.

Сроки введения прикорма устанавливаются индивидуально для каждого ребенка с учетом особенностей развития пищеварительной системы, органов выделения, уровнем обмена веществ, а также степенью развития и особенностями функционирования ЦНС, то есть его подготовленностью к восприятию новой пищи. Учитывая, что современные адаптированные молочные смеси содержат в своем составе достаточно большой набор витаминов и минеральных веществ, нет необходимости проводить коррекцию по этим веществам продуктами прикорма в более ранние сроки, чем при вскармливании ГМ.

Оптимальными сроками введения прикорма можно считать 4,5–5,5 месяцев. Однако при исключительно ГВ возможно более позднее назначение прикорма детям – с 6 месяцев, но в тех случаях, когда ребенок родился в срок с достаточной массой тела, если он здоров и здорова кормящая женщина и она получает полноценное питание с включением специализированных обогащенных продуктов.

Независимо от вида вскармливания в качестве первого прикорма предпочтительно использовать безмолочную кашу промышленного производства, обогащенную минеральными веществами (железом, кальцием, цинком и др.) и витаминами. Она разводится ГМ или той детской смесью, которую получает ребенок.

Современные технологии позволили ввести в продукты прикорма не только минеральные вещества и витамины, но и другие микронутриенты, обладающие рядом функциональных свойств, полезных для организма ребенка. Так, в настоящее время появились каши («Помогайка»), в состав которых включены про- и пребиотики. Эти так называемые функциональные компоненты питания позволяют нормализовать состав кишечной микрофлоры, снижают риск развития запоров, способствуют комфортному пищеварению.

После каш целесообразно вводить овощное и мясное пюре.

Последовательность введения отдельных продуктов и блюд прикорма может меняться в зависимости от нутритивного статуса ребенка, функционального состояния пищеварительной системы. Так, у детей со сниженной массой тела, учащенным стулом предпочтение отдается кашам, при паратрофии и запорах – овощному пюре с последующим добавлением мяса. *Фруктовые пюре и соки можно рекомендовать детям после 6 месяцев.* Более позднее введение соков обусловлено их низкой пищевой ценностью.

В питании ребенка могут быть использованы и блюда, приготовленные в домашних условиях, однако продукты промышленного производства имеют ряд преимуществ, поскольку они готовятся из сырья, которое соответствует всем действующим в Российской Федерации гигиеническим требованиям, имеют гарантированный химический состав (в том числе витаминный, независимо от сезона) на протяжении всего срока хранения и определенную степень измельчения. Кроме того, отдельные продукты прикорма (преимущественно каши) обогащены необходимыми минеральными веществами и витаминами.

Целесообразность назначения творога детям первого года жизни, особенно находящимся на ИВ, нуждается в дополнительном обосновании, поскольку возможно избыточное потребление белка.

Желток дети могут получать с 6,5–7 месяцев.

Кисломолочные продукты детского питания (детский кефир, бифидокефир, детский йогурт и др.) могут вводиться в рацион ребенка в объеме не более 200 мл с 8 месяцев жизни. Для сохранения лактации у матери после кормления ребенка кашей и овощным пюре его следует прикладывать к груди до 7–8-месячного возраста.

Общая проблема питания грудных детей во многих странах, включая Россию, заключается в недостаточной распространенности ГВ, необоснованно раннем введении не всегда полноценного прикорма, широком использовании неадаптированных молочных продуктов – коровьего молока и кефира. В большинстве развитых стран не рекомендуется включать коровье молоко в питание детей первого года жизни. Это связано прежде всего с тем, что его использование в рационе детей в объеме 500 мл и более сопровождается развитием дефицита железа и железодефицитной анемии у детей. Кроме того, коровье молоко и кефир содержат высокий уровень белка, солей и насыщенных жирных кислот. Предполагается, что высокое потребление белка и солей способствует риску развития артериальной гипертензии и ожирения в дальнейшем. Проведенные в России исследования подтверждают, что использование большого количества коровьего молока и кефира в рационе детей первого года жизни сопровождается повышением индекса массы тела, более высоким уровнем артериального давления и снижением толерантности к глюкозе в возрасте 4–7 лет [29].

Комитет по питанию ESPGHAN рекомендует отсрочить введение коровьего молока в качестве молочной составляющей рациона до 12-месячного возраста [28]. По-видимому, эти рекомендации следует распространить и в нашей стране.

Особую сложность для педиатров представляет введение прикорма детям с аллергическими состояниями, недоношенным и детям с другими отклонениями в состоянии здоровья.

Пока не достигнут консенсус в отношении прикорма детям с теми или иными проявлениями

пищевой аллергии. Большинство специалистов считает необходимым в случае аллергии у ребенка сохранять исключительно ГВ до 4–6 месяцев жизни. В некоторых публикациях рекомендуют отложить введение молочных продуктов до 12 месяцев, яиц – до 24 мес, рыбы и морепродуктов – до 3 лет. Однако другие специалисты выражают сомнения в уместности жесткой ограничительной диеты, которая может привести к дефициту ряда нутриентов. Комитет по питанию ESPGHAN рекомендует детям с пищевой аллергией не начинать введение прикорма до 17-недельного возраста; вводить в питание монокомпонентный прикорм, чтобы своевременно обнаружить наличие неблагоприятной реакции на продукт [28].

Отечественные нутрициологи-педиатры считают, что при назначении прикорма больным с пищевой аллергией необходимо учитывать остроту, тяжесть и форму аллергического заболевания, возраст ребенка, его нутритивный статус, выявленные причинно-значимые пищевые аллергены, сопутствующие заболевания. Необходимо строго индивидуально подбирать продукты и блюда прикорма, начинать прикорм с монокомпонентных продуктов и блюд промышленного производства, использовать продукты с низкой аллергизирующей активностью, соблюдать национальные традиции в питании.

Используются безмолочные, безглютеновые каши (гречневая, кукурузная, рисовая). Каши разводят водой или специализированной смесью, которую получает ребенок (на основе гидролизата молочного белка или изолята соевого белка). В состав овощного пюре включают кабачки, патиссоны, цветную, белокочанную, брюссельскую капусту и другие виды светлоокрашенных овощей, предпочтительно в виде консервов для детского питания. К овощному пюре добавляют растительное масло, предпочтительно рафинированное, дезодорированное – подсолнечное, кукурузное, оливковое.

С целью коррекции белковой части рациона в питание ребенка, страдающего пищевой аллергией, с 5,5–6 месяцев вводят мясное пюре. При непереносимости говядины, имеющей антигенное сходство с белками коровьего молока, рекомендуется использовать мясо кролика, индейки, конину, нежирную свинину, а также специализированные детские консервы из перечисленных видов мяса.

Из фруктов предпочтение отдают яблокам зеленой и белой окраски (антоновские, симиренко, белый налив). С учетом индивидуальной переносимости используют груши, белую и красную смородину, желтую и красную черешню, желтые сливы или детские соки и пюре из них. Тепловая обработка фруктов и ягод уменьшает их аллергенность.

Яйца и рыба в рационы детей первого года жизни с пищевой аллергией не вводятся или полностью элиминируются.

Недоношенным детям прикорм вводится в более раннем возрасте, чем детям, рожденным в

срок. У маловесных детей снижен запас пищевых веществ, который накапливается в последние месяцы внутриутробного развития, а с материнским молоком и стандартными детскими молочными смесями поступление их в организм недостаточно.

В настоящее время разрабатываются специализированные смеси, предназначенные для вскармливания недоношенных детей, после выписки из стационара – с повышенным содержанием белка, минеральных веществ и витаминов по сравнению со стандартными продуктами. Целесообразность их использования очевидна, но это – перспектива. А до поступления данных продуктов на наш потребительский рынок необходимо, с одной стороны, более длительное на протяжении нескольких месяцев использование в небольшом объеме (около 30%) специализированных смесей для недоношенных детей, особенно при вскармливании глубоко недоношенных, а с другой стороны – более раннее введение продуктов прикорма, начиная с 4–4,5-месячного возраста.

Поскольку для маловесных детей, получивших массивную, в том числе антибактериальную терапию, характерны дисбиотические изменения и различные нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, очередность введения продуктов имеет свои особенности. Расширение рациона питания начинается за счет введения овощного или фруктового пюре, или каши. Предпочтение следует отдавать продуктам промышленного производства. Введение прикорма начинают с монокомпонентных продуктов. Каши могут назначаться до овощного или фруктового пюре (особенно при наличии у ребенка гипотрофии или железодефицитной анемии), но не ранее 4-месячного возраста. Первыми вводятся безглютеновые безмолочные каши, обогащенные минеральными веществами (железо, цинк, кальций, фосфор, йод и др.) и витаминами. Они разводят теми молочными смесями, которые в данное время получает ребенок. Каши не должны содержать какие-либо добавки (фрукты, сахар и др.). Мясо может вводиться с 5,5-месячного возраста, учитывая хорошее усвоение из него гемового железа. Творог назначается после 6 месяцев, так как дефицит белка в первом полугодии восполняется за счет частичного использования высокобелковых смесей, предназначенных для вскармливания недоношенных детей, что является предпочтительным. Соки, особенно свежеприготовленные, целесообразно вводить позднее, после 6 месяцев, так как при раннем назначении они могут провоцировать срыгивания, колики, диарею, аллергические реакции.

Таким образом, предлагаемая схема прикорма является логическим выводом из результатов научных наблюдений и исследований, ее внедрение в ежедневную практику врачей-педиатров позволит предотвратить дефицит эссенциальных микронутриентов и связанные с ним нарушения питания и состояния здоровья детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kleinman RE. Complementary feeding and later health. *Pediatrics*. 2000; 106: 1287–1291.
2. Roland-Cachera MF, Deheeger M, Akroun M, Bellisle F. Influence of adiposity development: follow-up study of nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *International Journal of obesity and related metabolic disorders*. 1995; 19: 573–578.
3. Ravelli AC, van der Meulen JH, Osmond C et al. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. *Arch. Dis. Child*. 2000; 82: 248–252.
4. Питание детей грудного и раннего возраста. 54-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. 18 мая 2001 г. (документ WHA 54.2).
5. Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях. Пособие для врачей. М., МЗ РФ, 2003.
6. Foote KD, Marriott LD. Weaning of infants. *Arch. Dis. Child*. 2003; 88: 488–492.
7. Тутельян В.А., Конь И.Я. Руководство по детскому питанию. М., 2004.
8. Wharton B. Patterns of complimentary feeding (weaning) in countries of the European union: topics for research. *Pediatrics*. 2000; 106: 1273–1276.
9. Harris RJ. Nutrition in the 21st century: what is going wrong. *Arch. Dis. Child*. 2004; 89:154–158.
10. Savage SH, Reilly JJ, Edwards CA et al. Weaning practices in the Glasgow longitudinal infant growth study. *Arch. Dis. Child*. 1998; 79: 153–156.
11. Fomon SJ. Infant feeding in the 20th century: formula and beikost. *J. Nutr.* 2001; 131:409–420.
12. Bock SA. Prospective appraisal of complaints of adverse reactions to foods in children during the first 3 years of life. *Pediatrics*. 1987; 79: 683–688.
13. Сорвачева Т.Н. Метаболические основы оптимизации искусственного вскармливания детей. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1995.
14. Батулин А.К. Питание детей раннего возраста. Отчет НИИ питания РАМН. М., 2008.
15. Васильева О.А. Характеристика питания детей раннего возраста в крупном промышленном центре и пути его совершенствования. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Нижний Новгород, 2002.
16. Лазарева Е. Разработка подходов к профилактике алиментарно-зависимых состояний у здоровых детей первого года жизни. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Н. Новгород, 2006.
17. Lutter CH, Rivera JA. Nutritional status of infants and young children and characteristics of their diets. *J. Nutr.* 2003; 133: 2941–2949.
18. Dewey KG, Finley DA, Lonnerdal B. Breast milk volume and composition during late lactation (7–20 months). *J. Ped. Gast. Nutr.* 1984; 3: 713–720.
19. Oppenheimer S. Iron and its relation to immunity and infectious disease. *J. Nutr.* 2001; 131: 616–635.
20. Domelof M, Lonnerdal B, dewey K. et al. Iron, zinc and copper concentrations in breast milk are independent of maternal mineral status. *Am. J. Clin. Nutr.* 2004; 79 (1): 111–115.
21. Roncagliolo M, Garrido M, Walter T et al. Evidence of altered central nervous system development in infants with iron deficiency anemia at 6 months: delayed maturation of auditory brainstem responses. *Am. J. Clin. Nutr.* 1998; 68: 683–690.
22. Pollitt E. Iron deficiency and cognitive functions. *Ann. Rev. Nutr.* 1993; 13: 521.
23. Lozoff B, Klein NK, Nelson EC. Behavior of infants with iron deficiency anemia. *Child. Dev.* 1998; 69: 24–36.
24. Ortega RM, Andres RM, Martinez AM. et al. Zinc levels in maternal milk: the influence of nutritional status with respect to zinc during the third trimester of pregnancy. *Eur. J. Clin. Nutr.* 1997; 51(4): 253–258.
25. Krebs NF. Dietary zinc and iron sources, physical growth and cognitive development of breastfed infants. *J. Nutr.* 2000; 130: 358–360.
26. Engelman MD, Davidsson L, Sandstrom B. et al. The influence of meat on non-hem iron absorption in infants. *Ped. Res.* 1998; 43: 768–773.
27. Pennington JA. Bowes and church food values of portions commonly used. 15th ed. J. Lippincott Philadelphia, PA. 1989.
28. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complimentary feeding: A commentary by the ESPGHAN. *JPGN*, 2008; 46: 99–110.
29. Лукушкина Е.Ф., Нетребенко О.К., Дурмашкина А.П. и др. Отдаленные последствия вскармливания детей неадаптированными молочными продуктами. *Педиатрия*. 2007; 4: 98–104.

© Коллектив авторов, 2007

Д.В. Усенко, А.В. Горелов, С.В. Шабалина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КИСЛОМОЛОЧНОГО ПРОБИОТИЧЕСКОГО ПРОДУКТА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ФГУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из актуальных проблем здравоохранения. Подтверждением этого служат данные официальной статистики, свидетельствующие о том, что доля детского населения в общей структуре заболевших ОКИ в несколько раз выше, чем у взрослых, и основная масса летальных исходов также наблюдается именно в этой возрастной группе [1]. По

данным ВОЗ, в 2003 г. ОКИ явились причиной 15,2% случаев детской смертности и занимали 3-е место среди ее причин.

Одним из нерешенных вопросов остается разработка тактики терапии ОКИ у детей с сопутствующими хроническим заболеваниями, в частности атопическим дерматитом (АД). Особую актуальность данной проблеме придает факт неуклонного