



Критические периоды первого года жизни ребенка: как избежать ошибок?

Первый год жизни ребенка считается одним из самых важных и сложных периодов, поскольку именно в это время в организме младенца происходит целый ряд важнейших изменений, касающихся в том числе иммунной системы. От того, как ребенок пройдет через этот критический период, порой зависит его здоровье и благополучие во взрослой жизни. Диетологические методы профилактики и лечения пищевой аллергии, а также развития хронической патологии органов пищеварения у детей первого года жизни стали темой симпозиума, организованного при поддержке ОАО «ПРОГРЕСС» и прошедшего в рамках XVII Съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 14–17 февраля 2013 г.).



Симпозиум компании ОАО «ПРОГРЕСС»

Рациональная организация микро- и макроэкологии младенца

Во всем мире количество людей, страдающих аллергией, постоянно увеличивается, и все острее встает вопрос первичной и вторичной алергопрофилактики. Как отметила директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения ФГБУ «Научный центр здоровья детей» (ФГБУ «НЦЗД») РАМН, член-корр. РАМН, д.м.н., профессор Лейла Сеймуровна НАМАЗОВА-БАРАНОВА, особенно актуальна эта проблема в педиатрии, так как детский организм гораздо легче формирует патологический тип иммунного ответа. Если первичная профилактика инфекционных заболеваний при помощи вакцин получила широкое применение в педиатрической практике, то первичная профилактика аллергических заболеваний до сих пор вызывает множество вопросов. Врачи чаще занимаются вторичной профилактикой уже развившихся аллергических заболеваний, направленной на предотвращение перехода болезни в более тяжелую форму или на уменьшение частоты обострений.

Повышенный риск развития аллергических заболеваний в детском возрасте связан с особенностями формирования иммунной системы. В норме в период внутриутробного развития преобладает гуморальный (Т-хелперы 2-го типа – Th_2) тип иммунного ответа, в первые недели жизни ребенка ситуация меняется и основным типом иммунного ответа становится Th_1 . Очень важно, чтобы произошел своевременный переход иммунной системы ребенка от преобладания Th_2 к равновесию между системами Th_1 и Th_2 . Смещение равновесия в сторону Th_2 , произошедшее по причине контакта беременной с аллергенами и триггерами (например, пассивное или активное табакокурение матери), может привести

к повышению выработки IgE у ребенка и способствовать развитию IgE-опосредуемых аллергических реакций.

Полностью исключить контакт беременной с аллергенами в современных условиях невозможно, а значит, необходимо искать другие механизмы воздействия на иммунную систему новорожденного. Долгое время считалось, что развитие аллергических заболеваний связано с вакцинопрофилактикой, поскольку период роста заболеваемости аллергией совпал с повсеместным распространением профилактических прививок. Однако современные исследования показали, что связь между двумя этими явлениями является временной, а не причинно-следственной, в действительности же на рост заболеваемости аллергией повлиял другой фактор: сформировавшиеся и повсеместно распространившиеся представления об асептике и антисептике (так называемая гигиеническая теория). В отсутствие раннего контакта с инфекциями у многих детей нарушился процесс своевременной активации Th_1 -ответа, что и стало одной из причин развития аллергических заболеваний.

Особую роль в первичной профилактике аллергических заболеваний играет питание. Еще в период перинатального развития ребенок чрезвычайно чувствителен к тому, что ест мать. Питание беременной необходимо организовать таким образом, чтобы обеспечить комфортное самочувствие женщины, а также рост и полноценное развитие плода. Словом, продукты, употребляемые в пищу беременной, должны обеспечивать и ее саму, и плод энергией и макро- и микронутриентами. Для достижения последней цели рекомендуется включать в повседневный рацион специализированное функциональное питание для беременных, изготовленное в соответствии



Профессор
Л.С. Намазова-
Баранова

Использование высококачественных продуктов промышленного производства для питания беременных и детей младшего возраста позволяет укрепить детское здоровье в целом и уменьшить риск развития аллергических заболеваний.

со строгими стандартами качества. То же можно сказать и о питании женщины в период лактации. Не менее важна и рациональная организация прикорма. Своевременное введение в рацион ребенка высококачественных продуктов позволяет укрепить здоровье с первых месяцев жизни, уменьшить вероятность развития алиментарно-зависимых заболеваний и привить младенцу первые привычки рационального питания. Сегодня считается, что для прикорма лучше использовать продукты промышленного производства, а не блюда домашнего приготовления, поскольку готовое детское питание характеризуется постоянным химическим составом. Производитель обогащает продукцию функциональными компонентами: витаминами, минералами и пребиотиками. Для высококачественного детского питания, выпускаемого промышленным способом, характерна полная микробиологическая безопасность и высокая степень измель-



XVII Съезд педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»

чения, что создает дополнительные преимущества промышленно выпускаемых детских пюре перед домашними.

Использование высококачественных продуктов промышленного производства для питания беременных и детей младшего воз-

раста позволяет укрепить детское здоровье в целом и уменьшить риск развития аллергических заболеваний.



Д.м.н.
Т.В. Турти

Более детально на вопросах диетологических возможностей профилактики атопии у детей в период введения прикорма остановилась в своем докладе главный врач Реабилитационного центра НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения ФГБУ «НЦЗД» РАМН, д.м.н. Татьяна Владимировна ТУРТИ. Факторов, способных повлиять на существующий у ребенка риск развития аллергического заболевания, сегодня известно много. Доказано, что грудное вскармливание этот риск снижает, а контакт с табачным дымом, напротив, повышает. Существуют данные, указывающие на то, что позднее введение в рацион питания ребенка твердой пищи (овощей, зерновых, рыбы и яиц) коррелирует с повышенным риском сенсibilизации к пищевым и ингаляционным аллергенам¹. В целом результаты исследований, посвященных изучению факторов риска развития аллергических заболеваний, пока неоднозначны, но научная работа в этом направлении ведется достаточно интенсивно. На базе ФГБУ «НЦЗД» РАМН было проведено исследование,

Критические периоды формирования аллергии, возможности профилактики

в котором изучались вопросы формирования атопии у 567 детей в возрасте от 5 дней до 1 года жизни. Новорожденных детей было 263, детей грудного возраста – 304. Было установлено, что у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом частота развития ранних кожных проявлений аллергии в раннем неонатальном периоде достоверно выше. При этом вне зависимости от отягощенности по аллергоанамнезу наличие в рационе матерей облигатных аллергенов увеличивало вероятность развития у детей сухости кожи, токсической эритемы, папулезной аллергической сыпи и других проявлений аллергии. То же относилось и к производственным вредностям и некоторым другим значимым факторам риска.

Собранные в ходе исследования данные показали, что до момента формирования стойкого Th₂-фенотипа признаки атопии в раннем неонатальном периоде развития ребенка носят потенциально обратимый характер и адекватное профилактическое вмешательство может вызвать инверсию реактивных процессов в направлении антигенной толерантности. Поэтому обоснованным сроком начала первичной профилактики аллергии являются критические для развития атопии поздний антенатальный и неонатальный периоды онтогенеза ребенка.

На протяжении первого года жизни детей процессы формирования атопических заболеваний могут продолжаться. Это подтверждено выявленной положи-

тельной корреляцией между возрастом ребенка и уровнем общего IgE в сыворотке крови у детей первого года жизни – R 0,25, p < 0,001 (n = 189).

Дети грудного возраста знакомятся с большим спектром различных антигенов, и значительную роль в процессе сенсibilизации играют пищевые антигены.

Особый интерес представляет период введения продуктов прикорма детям. В 4–7 месяцев жизни уже пройден самый сложный период адаптивной неонатальной перестройки, органы и системы достигли определенного уровня созревания, определилось направление развития иммунной системы по пути толерантности или по пути формирования Th₂-фенотипа, то есть, вероятно, закончен переход от функциональной сенсibilизации (потенциально обратимой) к становлению атопического статуса. Введение многих продуктов прикорма может стать толчком к бурной клинической манифестации аллергического атопического заболевания. Возраст 4–7 месяцев жизни можно считать вторым критическим периодом по дальнейшему развитию атопического процесса с возможным формированием респираторной аллергии.

Для оценки влияния качества продуктов прикорма на эффективность профилактики атопии были отобраны 40 детей из группы риска развития аллергической болезни. Возраст детей составил от 4 до 7 месяцев жизни. 24 ребенка были с отягощенным аллергологическим анамнезом. Кожные

¹ Nwaru B.I., Erkkola M., Ahonen S. et al. Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years // Pediatrics. 2010. Vol. 125. № 1. P. 50–59.



Симпозиум компании ОАО «ПРОГРЕСС»

проявления аллергии (единичные папулезные высыпания / сухость кожи / гиперемия щек) имели 16 детей. Учитывая слабую выраженность кожных проявлений аллергии, медикаментозная терапия не применялась. До начала исследования прикорм никому из детей не вводился. Включение пациентов в группы воздействия осуществлялось случайным методом. Отбор детей производился из числа амбулаторных больных в соответствии с критериями включения и невключения в исследование.

Критерии включения:

- Дети в возрасте от 4 до 6 месяцев, родители которых дали письменное согласие на участие в исследовании.
- Дети из группы риска по развитию аллергического заболевания (имеющие отягощенный аллергологический анамнез) и дети с кожными проявлениями аллергии легкой степени выраженности.
- Дети, находящиеся на естественном, смешанном или искусственном вскармливании.
- Дети, не получающие на момент начала исследования и/или ранее продукты прикорма.

Критерии исключения:

- Наличие на момент исследования тяжелой соматической патологии, выраженных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (обильные и упорные срыгивания, рвота, кишечные колики, диарея), атопический дерматит (распространенная форма, тяжелое и среднетяжелое течение).
- Отказ родителей пациента от дальнейшего участия.

Для изучения гипоаллергенности были подобраны продукты прикорма торговой марки «ФрутоНяня»: овощное пюре (брокколи, цветная капуста, тыква), фруктовое пюре (из яблок, груш, чернослива), каши (рисовая безмолочная, гречневая безмолочная), пюре из мяса (индейки, кролика), соки (из яблок осветленный, из груш

осветленный, из яблок и груш с мякотью).

Данные продукты прикорма были выбраны в связи с тем, что используемые в них овощные продукты, безмолочные каши, мясные продукты, фруктовые пюре и соки изготавливаются из натурального экологически чистого сырья, без применения ГМО, красителей, ароматизаторов, консервантов, загустителей и сахара.

Все дети начали получать продукты прикорма «ФрутоНяня» (каши и фруктовые и овощные пюре) в соответствии с возрастом, срок введения продукта каждого вида составил 10–14 дней.

На фоне использования продуктов прикорма «ФрутоНяня» у детей отмечалось снижение выраженности функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, а также уменьшение частоты развития кожных симптомов аллергии (рис. 1, 2).

Исследование иммуногенности изучаемых продуктов прикорма проводилось с помощью определения специфических IgE-антител методом ImmunoCAP. Это проводимый *in vitro* количественный анализ, посредством которого может быть измерена сверхнизкая концентрация циркулирующих IgE-антител в сверхмалом количестве сыворотки крови человека. Результаты иммунологического исследования показали отсутствие / крайне низкую иммуногенность продуктов прикорма «ФрутоНяня» (таблица).

Полученные данные свидетельствуют о том, что с помощью использования линейки продуктов прикорма торговой марки «ФрутоНяня» можно повлиять на формирование нормального иммунного ответа и снизить риск развития аллергии в дальнейшем.

В ходе исследования оценивалось отношение ребенка к продукту прикорма: его аппетит, готовность съесть всю предложенную порцию. По завершении исследования был сделан вывод о том, что продукты марки

■ Снижение аппетита ■ Срыгивания ■ Метеоризм
■ Колики ■ Запоры

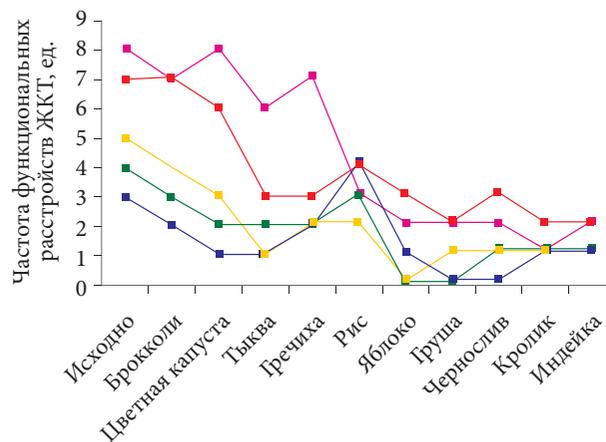


Рис. 1. Функциональные расстройства ЖКТ у детей при введении продуктов прикорма торговой марки «ФрутоНяня»

■ Гиперемия кожи ■ Папулезные высыпания

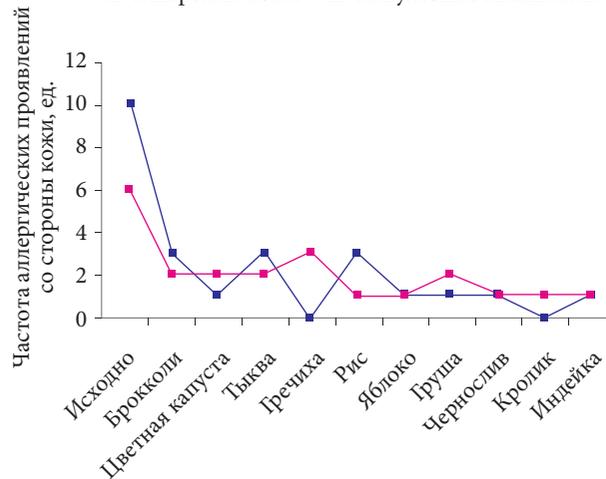


Рис. 2. Частота кожных аллергических проявлений у детей при введении продуктов прикорма торговой марки «ФрутоНяня»

На фоне использования продуктов прикорма «ФрутоНяня» у детей отмечалось снижение выраженности функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, а также уменьшение частоты развития кожных симптомов аллергии.



XVII Съезд педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»

Таблица. Динамика содержания специфических IgE к продуктам прикорма марки «ФрутоНяня»

Уровень специфических IgE, кЕ/л	На старте исследования* (n = 21)	Завершение исследования* (n = 14)	Значение p
Брокколи (пюре из брокколи «ФрутоНяня»)	0,005 [0–0,01]	0,0 [0–0]	> 0,05
Цветная капуста (пюре из цветной капусты «ФрутоНяня»)	0 [0–0,02]	0,0 [0–0]	> 0,05
Тыква (пюре из тыквы «ФрутоНяня»)	0,06 [0,06–0,07]	0,005 [0–0,001]	> 0,05
Гречиха (каша гречневая «ФрутоНяня»)	0,02 [0,01–0,02]	0,005 [0–0,001]	> 0,05
Рис (каша рисовая «ФрутоНяня»)	0,01 [0–0,01]	0,06 [0,04–0,07]	> 0,05
Яблоко (пюре из яблок / сок яблочный «ФрутоНяня»)	0,01 [0,01–0,02]	0,01 [0,01–0,015]	> 0,05
Груша (пюре из груш / сок из груш «ФрутоНяня»)	0,01 [0–0,02]	0 [0–0,01]	> 0,05
Чернослив (пюре из чернослива «ФрутоНяня»)	0,01 [0–0,01]	0 [0–0]	> 0,05
Кролик (пюре из кролика «ФрутоНяня»)	0,01 [0,01–0,02]	0,0 [0–0,01]	> 0,05
Индейка (пюре из индейки «ФрутоНяня»)	0,01 [0,01–0,02]	0,0 [0–0,01]	> 0,05

* Обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики с определением медианы, интерквартильного размаха.

«ФрутоНяня» хорошо переносятся, обладают хорошим вкусом. Таким образом, своевременное

(второй критический период развития атопии) введение в рацион детей из группы риска по разви-

тию аллергии высококачественных продуктов прикорма с низкой иммуногенностью является эффективным методом профилактики развития аллергических болезней.

Продукты прикорма на плодово-овощной, мясной и зерновой основе торговой марки «ФрутоНяня» производства ОАО «ПРОГРЕСС» – пюре из брокколи, пюре из цветной капусты, пюре из тыквы, каша рисовая безмолочная, каша гречневая безмолочная, пюре из мяса индейки, пюре из мяса кролика, пюре из яблок натуральное, пюре из груш натуральное, пюре из чернослива натуральное, сок яблочный осветленный, сок грушевый осветленный, сок из яблок и груш с мякотью – обладают низкой иммуногенностью, не вызывают аллергических реакций и могут быть использованы как в питании детей из группы высокого риска по развитию атопии, так и в составе лечебных диет пациентов с аллергическими заболеваниями.



Д.м.н.
И.А. Беляева

Дисфункции ЖКТ возникают практически у всех детей раннего возраста и являются функциональным, условно физиологическим состоянием периода адаптации и созревания ЖКТ новорожденного и грудного ребенка. Клинически функциональные нарушения пищеварения у детей

Коррекция дисфункции ЖКТ у детей раннего возраста как основа профилактики хронической патологии органов пищеварения

проявляются упорными срыгиваниями или рвотой, коликами, диареей или запорами, нарушением аппетита, беспокойством, метеоризмом и другими симптомами. Распространенность этих нарушений велика и составляет, по данным заведующей отделением для недоношенных детей НИИ педиатрии ФГБУ «НЦЗД» РАМН, д.м.н. Ирины Анатольевны БЕЛЯЕВОЙ, 75% среди доношенных детей и 86,8% среди недоношенных.

Дисфункции ЖКТ тесно связаны с нарушениями работы нервной системы, приводящими, в свою очередь, к дисрегуляции сфинктеров и дискинезии ЖКТ. Особенно остро эта проблема стоит у недоношенных новорожденных, так как для них характерна незре-

лость звеньев вегетативной нервной системы².

Риск развития этих нарушений существенно увеличивается у детей младшего возраста, перенесших острую гипоксию или страдающих от хронической ее формы. Гипоксия приводит к нарушениям кровообращения в диэнцефально-гипоталамической области, которые вызывают дисбаланс вегетативных центров. Возникающее на фоне гипоксии рассогласование корково-подкорковых взаимоотношений нарушает регулирующее воздействие вегетативной нервной системы на ЖКТ, что и является основным звеном патогенеза дисфункций ЖКТ у детей младшего возраста. Клиническая картина гастроэнтерологических патологий напря-

² Беляева И.А., Яцык Г.В., Боровик Т.Э., Скворцова В.А. Комплексные подходы к реабилитации детей с дисфункциями желудочно-кишечного тракта // Вопросы современной педиатрии. 2006. Т. 5. № 3. С. 78–82.



Симпозиум компании ОАО «ПРОГРЕСС»

мую зависит от того, какие именно отделы нервной системы пострадали вследствие гипоксии. Так, при раздражении парасимпатической нервной системы наблюдается усиление перистальтики кишечника и учащение стула, а при поражении спинальных симпатических отделов развивается парез кишечника и метеоризм.

Дисфункции ЖКТ, возникающие на фоне перинатального поражения центральной нервной системы, можно отнести к одному из трех типов:

- гипермоторный тип дискинезии (учащение стула или спастические запоры, спазмы, срыгивания);
- гипомоторный тип дискинезии (парез кишечника, атонические запоры, метеоризм);
- дискоординация кардиального и пилорического сфинктеров (пилороспазм, халазия, рефлюксы).

Такой распространенный симптом со стороны ЖКТ, как запоры, может возникать как при гипермоторном, так и при гипомоторном типе дискинезии. Но самой распространенной формой дисфункции ЖКТ у детей раннего возраста является функциональная непроходимость, проявляющаяся в виде рвоты и срыгиваний. Она может быть обусловлена халазией кардии или дискоординацией пищеводно-желудочного сфинктера. Стойкое расширение кардиального сфинктера приводит к развитию желудочно-пищеводного рефлюкса и эзофагиту. Помимо перечисленных причин, рвоты и срыгивания могут быть обусловлены отсутствием торможения моторики желудка во время или сразу после кормления, пилороспазмом или дуоденоспазмом.

В некоторых случаях рвота и срыгивания являются проявлениями серьезных проблем, например, свидетельствуют о наличии порока развития или врожденных нарушений обмена веществ. Подозрение на наличие данных па-

тологий должно возникнуть при появлении одного или нескольких симптомов:

- повторные рвоты фонтаном;
- потеря массы тела;
- рвота с желчью;
- кровь в рвотных массах;
- острая задержка стула;
- диарея;
- полиурия;
- необычный запах мочи;
- желтуха, увеличение печени.

Даже в отсутствие серьезных органических патологий срыгивания и рвота могут привести к различным осложнениям: недостатку основных нутриентов и развитию гипотрофии, отставанию в физическом и психомоторном развитии, дегидратации и нарушению кислотно-основного состояния и даже к внезапной смерти. Но чаще всего срыгивания создают благоприятную почву для развития рефлюкс-эзофагита и аспирационной пневмонии.

В свете вышесказанного становится ясно, что коррекция синдрома срыгиваний является одной из важных задач, регулярно встающих перед каждым педиатром. Профилактика и лечение данного синдрома включают в себя целый ряд мероприятий: от создания психоэмоционального контакта между матерью и ребенком до изменения техники вскармливания. Детей, страдающих срыгиваниями, рекомендуется переводить на дробное питание, кормить в полувертикальном положении и поддерживать в вертикальном положении некоторое время сразу после кормления. Как правило, таким детям показана диета на основе смесей, содержащих загустители (камедь рожкового дерева, модифицированный рисовый или картофельный крахмал, умеренно гидролизированный белок). Если принятые меры не привели к желаемому результату, можно прибегнуть к фармакотерапии. Для медикаментозной коррекции синдрома срыгиваний применяются спазмолитики, прокинетики и обволакивающие средства.

Своевременное начало и адекватное проведение терапии синдрома срыгиваний чрезвычайно важно, так как в отсутствие лечения функциональные нарушения могут довольно быстро приобрести органический характер. Сформируется «порочный круг» (рис. 3), разорвать который впоследствии будет чрезвычайно сложно.

Еще одной распространенной причиной дисфункций ЖКТ у детей является лактазная недостаточность. Как правило, она проявляется в форме диареи с кратностью стула от 8 до 10 раз в сутки, выделения характеризуются жидкой консистенцией и пенистым характером. На подгузнике можно заметить пятно обводнения, а стул отличается кислым запахом. У большинства детей, страдающих лактазной недостаточностью, наблюдается метеоризм и вздутие живота, а в некоторых случаях – и срыгивания.

Интерес представляет так называемая запорная форма лактазной недостаточности, клинически проявляющаяся в форме задержки стула. Впрочем, после стимуляции дефекации для данной патологии характерно появление жидкого пенистого стула с кислым запахом. Для диагностики лактазной недостаточности применяется исследование экскреции углеводов с калом с количественным определением выброса лактозы. Подтверждением диагноза является рН фекалий < 6 и высокий выброс непереваренной лактозы (0,5–1,5%).

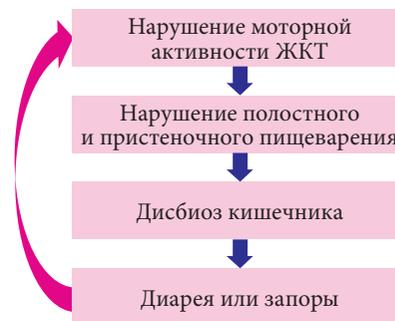


Рис. 3. Формирование «порочного круга»: переход функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в органические

недиагностирована



XVII Съезд педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»

Основным методом лечения лактазной недостаточности является диетотерапия, учитывающая характер кормления ребенка до постановки диагноза. Если младенец находился на естественном вскармливании, ему показана лишь частичная замена грудного молока безлактозной смесью. Дети, уже получающие искусственные молочные смеси, после постановки диагноза лактазной недостаточности могут быть полностью или частично переведены на безлактозные продукты. Детям с выраженным синдромом мальабсорбции или поливалентной пищевой аллергией диетическая коррекция лактазной недостаточности должна проводиться при помощи лечебных смесей на основе гидролизатов белка. В качестве фармакотерапии лактазной недостаточности рекомендуется назначение препаратов, содержащих галактозидазу, а также ветрогонных средств.

Несколько иначе выглядят принципы коррекции питания у детей с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии. Как и в случае с лактазной недостаточностью, в диетотерапии пищевой аллергии используются лечебные продукты на основе гидролиза белка, однако, если ребенок находится на естественном вскармливании, помимо использования лечебных смесей показана строгая коррекция питания матери. В целом сохранение грудного вскармливания до 4–6 месяцев является важным

Под торговой маркой «ФрутоНяня» выпускается полный ассортимент гипоаллергенных продуктов прикорма, снижающих риск развития аллергии у здоровых детей, обеспечивающих безопасность при введении прикорма детям из групп риска по развитию пищевой аллергии и снижающих выраженность аллергических проявлений у детей, страдающих пищевой аллергией.

фактором профилактики/лечения пищевой аллергии, равно как и своевременное введение прикорма.

В качестве прикорма детям с пищевой аллергией рекомендуется давать низкоаллергенные продукты промышленного производства. В ассортименте детского питания «ФрутоНяня» таких продуктов 13 – это пюре из брокколи, из тыквы, из цветной капусты. Также к низкоаллергенным продуктам относятся пюре «ФрутоНяня» из яблок, груш, чернослива, соки из яблок, из груш, из яблок и груш, безмолочные, безглютеновые каши: рисовая и гречневая, пюре из мяса индейки и из кролика. Детям с лактазной недостаточностью в качестве продукта для первого прикорма могут подойти безмолочные каши «ФрутоНяня», гречневая и рисовая. 6 видов жидких молочных кашек «ФрутоНяня» и 4 вида сухих каш «ФрутоНяня» содержат пребиотик инулин, препятствующий развитию запоров,

что делает целесообразным включение этих каш в рацион детей со склонностью к задержке дефекации. В возрасте 6 месяцев в рацион ребенка могут быть добавлены мясные пюре «ФрутоНяня», выпускаемые из высококачественного сырья без антибиотиков, консервантов и красителей.

Под торговой маркой «ФрутоНяня» выпускается полный ассортимент гипоаллергенных продуктов прикорма, снижающих риск развития аллергии у здоровых детей, обеспечивающих безопасность при введении прикорма детям из групп риска по развитию пищевой аллергии и даже снижающих выраженность аллергических проявлений у детей, уже страдающих пищевой аллергией. Гипоаллергенные продукты «ФрутоНяня» обладают низкой иммуногенностью и не вызывают аллергических реакций, что делает их незаменимым компонентом лечебного и профилактического детского питания.

Заключение

Проблема профилактики пищевой аллергии у детей тесно связана с вопросом организации питания детей первого года жизни вообще и детей с кожными проявлениями аллергии и нарушениями со стороны ЖКТ в частности. Оптимальной схемой кормления сегодня считается естественное вскармливание и своевременное введение прикорма.

Раннее или позднее введение в рацион ребенка овощей, фруктов и мяса связывают с повышением риска развития аллергических реакций. Выбирая продукты для прикорма, следует отдавать предпочтение низкоаллергенным блюдам промышленного производства, поскольку обеспечить высокое качество сырья для изготовления пюре и каш в домашних услови-

ях не представляется возможным. При прочих равных возможностях следует отдавать предпочтение продукции известных производителей, хорошо зарекомендовавших себя. Продукты для прикорма, выпускаемые под торговой маркой «ФрутоНяня», соответствуют всем вышеперечисленным требованиям и могут использоваться для профилактики аллергических заболеваний у детей первого года жизни, а также входить в состав диетотерапии пищевых аллергий в педиатрии. *