

Клиническая эффективность комплексной терапии у больных раннего возраста с аллергией к белкам коровьего молока и атопическим дерматитом

С.Н. Денисова, М.Ю. Белицкая, Т.Б. Сенцова

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова; Детская городская клиническая больница им. Г.Н. Сперанского; НИИ питания РАМН, Москва

Clinical efficiency of combination therapy in babies with cow's milk protein allergy and atopic dermatitis

S.N. Denisova, M.Yu. Belitskaya, T.B. Sentsova

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University; G.N. Speransky City Children's Clinical Hospital; Institute of Nutrition, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Учитывая важность фактора питания при организации комплексной терапии для пациентов с атопическим дерматитом, наличие большого арсенала лечебных и лечебно-профилактических продуктов как для детей, так и для их матерей, особую актуальность приобретает оценка нутритивного статуса больных и возможности его коррекции. *Цель работы:* оценка клинической эффективности и нутритивного статуса у детей с атопическим дерматитом при проведении комплексной терапии, включающей диетотерапию и противоаллергическое лечение. *Характеристика детей и методы:* под наблюдением находился 471 больной раннего возраста с аллергией к белкам коровьего молока и атопическим дерматитом (100 больных на естественном вскармливании, 220 — на искусственном вскармливании и 151 ребенок в возрасте от 1 года до 3 лет — на гипоаллергенной диете). Среди детей первого года жизни атопический дерматит легкого течения отмечался у 19,1% больных, среднетяжелого — у 30,6% и тяжелого — у 50,3%. У детей старше года преобладало легкое (44,4%) и среднетяжелое (33,8%) течение заболевания. Критериями эффективности терапии служили динамика клинических симптомов атопического дерматита, показатели индекса SCORAD и оценка нутритивного статуса больных. Определение концентрации парапротеинов, альбумина и преальбумина в крови проводили методом лазерной нефелометрии. *Результаты:* Особенности нутритивного статуса больных явились сниженное содержание в сыворотке крови парапротеинов и преальбумина при нормальном физическом развитии детей и достаточной обеспеченности их основными пищевыми веществами и энергией независимо от вида вскармливания. У 87% обследованных больных через 1–3 нед от начала лечения отмечалось клиническое улучшение кожных воспалительных процессов, снижались показатели индекса SCORAD. У всех детей отмечалась положительная динамика массоростовых значений и содержания в сыворотке крови показателей обеспеченности белком — альбумина и преальбумина.

Ключевые слова: дети, атопический дерматит, лечение, диетотерапия.

By taking into consideration the importance of the factor of nutrition in organizing combination therapy for patients with atopic dermatitis and a large range of therapeutic and therapeutic-and-prophylactic products both for children and their mothers, it is particularly relevant to evaluate the patients' nutritional status and the feasibilities of its correction. *Objective:* to evaluate the clinical efficiency of combination treatment involving dietary and antiallergic therapies in babies with atopic dermatitis, as well as their nutritional status. *Subjects and methods:* 471 babies with cow's milk protein allergy and atopic dermatitis (100 breast fed patients; 220 artificially-fed ones, and 151 infants aged 1 to 3 years on hypoallergenic diet) were followed up. Mild, moderate, and severe atopic dermatitis was noted in 19.1, 30.6, and 50.3% of the babies of the first year of life, respectively. The infants older than 1 year showed a preponderance of mild (44.4%) and moderate (33.8%) forms of the disease. The time course of changes in the clinical symptoms of atopic dermatitis, SCORAD scores, and evaluation of the patients' nutritional status served as criteria for the efficiency of therapy. The blood concentrations of paraproteins, albumin, and prealbumin were determined by laser nephelometry. *Results.* The specific features of the patients' nutritional status were the lower serum levels of paraproteins and prealbumin in the normal physical development of the babies and their provision with essential nutrients and energy irrespective of the type of feeding. Following 1–3 weeks of initiation of treatment, 87% of the examinees showed clinical improvement in skin inflammatory processes and a reduction in SCORAD scores. All the babies were found to have positive changes in weight, height, and serum provision with proteins, such as albumin and prealbumin.

Key words: babies, atopic dermatitis, treatment, dietary therapy.

© Коллектив авторов, 2013

Ros Vestn Perinatol Pediat 2013; 1:101–107

Адрес для корреспонденции: Денисова Светлана Николаевна — д.м.н., врач-педиатр консультативно-методического кабинета по питанию больного и здорового ребенка Департамента здравоохранения Москвы при ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, доц. каф. госпитальной педиатрии № 2 педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова
Белицкая Марина Юрьевна — к.м.н., врач-педиатр того же консультативно-методического кабинета

Кожные формы пищевой аллергии служат наиболее частым проявлением аллергических заболеваний у детей раннего возраста, а ведущим аллергеном являются белки коровьего молока. Лечение атопического дерматита зависит от периода болезни,

123317 Москва, Шмитовский проезд, д. 29

Сенцова Татьяна Борисовна — д.м.н., проф., зав. лабораторией клинической биохимии и аллергологии НИИ питания РАМН

Москва, Устьинский проезд, д. 2/14

степени тяжести, морфологических элементов поражения кожи и базируется на основных принципах: диетотерапия, медикаментозная терапия, наружное лечение, профилактика рецидивов [1–4].

Организм ребенка обладает низким запасом питательных веществ и высокой напряженностью обменных процессов, поэтому при недостатке нутриентов или при нарушении их всасывания в случае развития пищевой аллергии у детей быстро нарушается физическое и психическое развитие, снижается естественный и приобретенный иммунитет. В связи с этим коррекция пищевого статуса занимает важное место в составе комплексного лечения детей с пищевой аллергией, проявляющейся атопическим дерматитом. Учитывая важность фактора питания при организации комплексной терапии для детей с атопическим дерматитом, наличие большого арсенала лечебных и лечебно-профилактических продуктов как для детей, так и для их матерей, особую актуальность приобретают оценка нутритивного статуса больных и возможности его коррекции.

Цель исследования: оценка клинической эффективности и нутритивного статуса у детей с атопическим дерматитом при проведении комплексной терапии, включающей диетотерапию и противоаллергическое лечение.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находился 471 больной раннего возраста с аллергией к белкам коровьего молока и атопическим дерматитом, в том числе 100 больных, получавших естественное вскармливание, 220 — искусственное вскармливание; 151 ребенок в возрасте от 1 года до 3 лет, находившийся на гипоаллергенной диете.

Лечение пищевой аллергии зависело от степени пищевой сенсibilизации и тяжести клинических проявлений атопического дерматита и включало диетотерапию у детей, получавших смешанное или искусственное вскармливание, в сочетании с медикаментозной терапией (антигистаминные препараты, средства, влияющие на проницаемость сосудов) и наружным лечением кожных покровов. Среди лекарственных средств, которые рекомендовались больным, на первом месте были антигистаминные препараты, обладающие также противозудным свойством [4–7]. К ним относились такие препараты, как супрастин ($1/4$ таблетки 3 раза в день), тавегил ($1/4$ таблетки 3 раза в день), фенкарол ($1/4$ таблетки 2 раза в день), фенистил (3–10 капель 3 раза в день), назначаемые в течение 2 нед, и препараты нового поколения — зиртек (с 6 мес жизни до 1 года: 5 капель 1 раз в день; старше 1 года: 5 капель 2 раза в день), кларитин (в возрасте с 1 года: $1/4$ таблетки 1 раз в день, длительность

— до 1 мес). При выборе антигистаминного средства учитывалась его переносимость, возраст ребенка, предполагаемая продолжительность курса лечения, возможные побочные эффекты в каждом конкретном случае, сочетание с другими препаратами, применяемыми у больного. В исключительных случаях, когда имел место нестерпимый зуд и диффузное воспалительное поражение кожных покровов, применялись системные глюкокортикостероиды внутримышечно: преднизолон (1–2 мг на 1 кг массы тела) в течение 3–7 дней с дальнейшим постепенным снижением дозы.

Среди лечебных средств, снижающих проницаемость сосудов, использовались препараты кальция, такие как глюконат кальция, лактат кальция, глицерофосфат кальция в дозе 0,25–0,5 г 2 раза в день в течение 2–3 нед [8].

Для наружного лечения рекомендовались крем элидел, крем F-99, цинко-нафталановая мазь (паста), крем Бепантен, Драполен, крем Скин кап (пиритион цинка, 2 раза в день не более 1 мес), а также средства, содержащие топические глюкокортикостероиды. Среди них использовались нефторированные глюкокортикостероиды с 6-месячного возраста (адвантан эмульсия, крем, мазь), так как общепризнано, что количество побочных эффектов у них меньше, чем у фторированных глюкокортикостероидов. Эмульсию Адвантан применяли на кожу с мокнутием, крем Адвантан — на кожу с признаками острого воспаления, мазь Адвантан — на сухую кожу с трещинами, жирную мазь Адвантан — на сухую кожу с выраженной лихенизацией 1 раз в день после купания, длительность применения 5–7 дней [4, 9, 10].

Диетотерапия атопического дерматита у детей включала замену старой смеси на новую лечебную смесь и коррекцию прикорма. В состав гипоаллергенных рационов для больных с аллергией к белкам коровьего молока входили адаптированные формулы на основе глубоких гидролизатов коровьего молока, смеси на основе изолятов соевого белка и смесь «Нэнни классика» на основе козьего молока для детей первого года жизни.

Коррекция прикорма у детей с пищевой аллергией первого года жизни осуществлялась с учетом периода, тяжести аллергического процесса, спектра причинно-значимой сенсibilизации на основании рекомендаций, разработанных в Научном центре здоровья детей РАМН [11]. Введение прикорма больным проводилось в период полученной ремиссии заболевания по ротационному принципу [12].

При организации комплексной терапии у больных с аллергией к белкам коровьего молока, развившейся на фоне естественного вскармливания, кормящим матерям назначались гипоаллергенные рационы с исключением продуктов, относящихся к облигатным аллергенам, а также коровьего молока

и молочных продуктов. Однако исключение из питания кормящих женщин коровьего молока и молочных продуктов приводит к снижению поступления в их организм витамина В₂ и кальция, источником которых служит молоко [13]. Поэтому проводилась не только элиминация коровьего молока из рациона кормящих матерей, но и его замена на адекватные продукты, свободные от антигенных детерминант, характерных для коровьего молока. В частности, коровье молоко и продукты на его основе в рационе кормящих женщин заменялись на новозеландское козье молоко «Амалтея» или мясные продукты.

При организации лечебного питания у больных в возрасте от 1 года до 3 лет проводилась элиминация продуктов, вызвавших развитие болезни и последующих обострений. Поскольку основным причинно-значимым аллергеном был белок коровьего молока, основу диетотерапии составляли строгие гипоаллергенные безмолочные рационы, состоящие из приготовленных дома натуральных пищевых продуктов — мяса, овощей, зерновых культур, фруктов, масла. У части детей применялись гипоаллергенные рационы с заменой коровьего молока и продуктов на его основе на детское молоко «Нэнни 3» на основе новозеландского козьего молока. При наличии аллергии к белкам злаковых культур проводилось исключение из питания детей продуктов, содержащих глютен и глиадин (пшеница, рожь, овес, ячмень). При назначении диетотерапии больным с atopическим дерматитом коррекция пищевого рациона осуществлялась с учетом близости антигенного состава ряда пищевых продуктов и возможности возникновения по этой причине перекрестных аллергических реакций. Продолжительность элиминации продуктов, причинно-значимых в развитии аллергии, определялась уровнем сенсибилизации к ним и составляла от 6 мес до 2 лет, после чего осуществлялось постепенное введение их в рацион больного. Если на вводимый в рацион питания продукт вновь развивалось обострение atopического дерматита, то его снова исключали из питания больного.

В случае невозможности определения причинно-значимого продукта, являющегося аллергеном, применялась ротационная диета [13]. Ротационную диету назначали больным, имевшим аллергическую реакцию к продукту определенной группы и риск развития аллергических реакций на другие продукты из этой же группы. Кроме того, эта диета применялась в тех случаях, когда у ребенка отсутствовала непосредственная реакция на продукты, относящиеся к облигатным аллергенам, и поэтому родители не могли определить связь этих продуктов с возникновением и поддержанием аллергического заболевания, а также при дозозависимом характере аллергической реакции. С другой стороны, использование такой диеты позволяло определить причинно-значимый продукт,

вызывавший аллергическую реакцию.

Исключение продуктов, содержащих причинно-значимые аллергены, являлось обязательным условием проведения диетотерапии. Кроме того, при проведении ротационной диеты не происходит синтеза аллергенспецифических антител за счет кратковременного использования продуктов и редкого их употребления, т. е. исключается дозозависимый характер аллергии.

Учет и коррекцию фактического питания больных atopическим дерматитом проводили на основании рекомендуемых норм потребности в белках, жирах, углеводах и энергии для детей соответствующих возрастных групп [14].

Критериями эффективности терапевтических мероприятий служили динамика клинических симптомов atopического дерматита, показателей индекса SCORAD и оценка нутритивного статуса больных.

Для клинической оценки степени тяжести atopического дерматита применяли общепринятый индекс SCORAD. Состояние трофологического и пищевого статуса больных оценивали по показателям роста, массы тела. Для оценки степени выраженности недостаточности питания и белково-синтетической функции печени исследовали в крови уровень сывороточного альбумина, преальбумина — белка с коротким периодом полураспада, а также концентрацию парапротеинов — легких цепей иммуноглобулинов — каппа и ламбда. Определение парапротеинов, а также альбумина и преальбумина в сыворотке крови проводили методом лазерной нефелометрии на иммунохимическом анализаторе IMMAGE (Beckman coulter, США) с использованием коммерческих моноспецифических антисывороток и калибраторов. При обследовании условно здоровых детей с применением данного метода были установлены нормативные значения показателей каппа (789,5±37,08 мг/дл) и ламбда (418,41±32,52 мг/дл).

Обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США) для персонального компьютера. В связи с тем что центральные тенденции и дисперсии количественных признаков имели нормальное и приближенно нормальное распределение, для анализа результатов определяли средние значения признака (M), стандартные ошибки среднего (m), средние квадратичные отклонения (σ). Достоверность различий оценивалась с помощью критерия Стьюдента (t) для независимых и связанных выборок при значениях вероятности $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В зависимости от величины индекса SCORAD дети были условно разделены на три подгруппы. У детей с тяжелым течением atopического дерматита ин-

декс SCORAD составлял более 40 баллов. Патологические изменения на коже имели большую площадь, были более выражены: значительные эритема и отек, множественные папулезные элементы, мокнутие, корочки, эскориации, очаги лихенификации. Отмечались кожный зуд и расстройство сна. При среднетяжелом течении атопического дерматита (SCORAD от 20 до 40 баллов) воспалительные изменения на коже были представлены эритемой, отеком, очагами лихенификации, значительной сухостью и шелушением кожи, зудом, умеренным расстройством сна. При легком течении индекс SCORAD был меньше 20 баллов. Кожные поражения локализовались на лице, конечностях и были представлены умеренно выраженной эритемой, единичными папулезными элементами, сухостью кожи.

Основными причинами, вызвавшими появление клинических признаков пищевой аллергии у наблюдавшихся детей, были употребление кормящими матерями большого количества молочных продуктов — до 1–1,5 л в сутки и/или использование докорма (в 15,1% случаев), перевод на искусственное вскармливание (30,8%), введение прикорма (24,6%), употребление цельномолочных продуктов (29,5%).

Среди детей первого года жизни атопический дерматит легкого течения отмечался у 19,1% больных, среднетяжелого — у 30,6% и тяжелого — в 50,3% случаев. У детей старше года преобладало легкое (44,4%) и среднетяжелое (33,8%) течение заболевания. Таким образом, анализ показателей индекса SCORAD показал, что распределение детей до лечения по степени тяжести атопического дерматита было примерно одинаковым, во всех группах преобладало среднетяжелое и тяжелое течение заболевания.

У 87% обследованных больных (94 детей — на естественном вскармливании, 179 пациентов — на искусственном вскармливании и 137 больных старше года — гипоаллергенная диета) через 1–3 нед от начала лечения отмечалось клиническое улучшение кожных воспалительных процессов: гиперемия, зуд, сыпь, шелушение и мокнутие исчезли практически

у всех детей, показатели индекса SCORAD достоверно снизились. У 61 (12,95%) пациента сохранялась сухость кожи, которая исчезла к 4–5-й неделе от начала лечения (табл. 1).

У всех детей на фоне лечения отмечалась положительная динамика массоростовых показателей (табл. 2). Однако, как видно из табл. 2, прирост массы тела был ниже рекомендуемых нормативных значений и зависел от степени тяжести атопического дерматита у детей, находившихся как на естественном, так и на искусственном вскармливании. У детей первых 6 мес жизни наименьшая прибавка массы тела отмечалась при тяжелом течении атопического дерматита. Однако самая низкая прибавка массы и длины тела наблюдалась у детей старше 6 мес, что, вероятно, обусловлено не только степенью тяжести, но и длительностью заболевания, а также отсроченным получением прикорма из-за невозможности его введения в острый период болезни. Достоверных различий у больных первого года жизни в зависимости от вида вскармливания не получено. Аналогичные тенденции отмечались у детей в возрасте старше года. При тяжелом течении атопического дерматита имела место наименьшая прибавка массы и длины тела.

Оценка белковой обеспеченности больных атопическим дерматитом до лечения показала, что содержание в сыворотке крови детей парапротеинов и преальбумина снижено за исключением альбумина, показатели которого находились в пределах нормальных величин. Более высокие значения альбумина в крови обнаружены у пациентов, находящихся на искусственном вскармливании, и детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Концентрация преальбумина у большинства больных была ниже нормативных значений, самые низкие показатели преальбумина в крови отмечались у пациентов, находившихся на естественном вскармливании. При анализе показателей обеспеченности белком, который проводился через месяц от начала лечения, во всех группах обследованных больных отмечалась тенденция к повыше-

Таблица 1. Распределение больных с пищевой аллергией по степени тяжести атопического дерматита до и на фоне лечения ($M \pm m$)

Степень тяжести атопического дерматита (индекс SCORAD, баллы)	Больные, находившиеся на естественном вскармливании (n=100)		Больные, находившиеся на искусственном вскармливании (n=220)		Больные от 1 года до 3 лет, получавшие гипоаллергенную диету (n=151)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Легкая (<20 баллов)	14,5±1,06 n=17	6,4±1,97**	12,5±0,81 n=44	9,7±1,67	11,9±0,89 n=67	6,9±1,43*
Средняя (20–40 баллов)	30,9±1,18 n=25	7,7±1,26**	30,6±0,58 n=73	14,3±1,72**	31,7±0,68 n=51	11,2±1,26**
Тяжелая (>40 баллов)	62,4±1,86 n=58	18,5±1,94**	60,2±1,62 n=93	21,8±1,69**	61,9±3,12 n=33	16,5±2,40**

Примечание. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,001$.

Таблица 2. Среднемесячная прибавка массы и длины тела у детей с пищевой аллергией на фоне лечения ($M \pm m$)

Степень тяжести атопического дерматита	Больные, находившиеся на естественном вскармливании ($n=100$)		Больные, находившиеся на искусственном вскармливании ($n=220$)		Больные от 1 года до 3 лет, получавшие гипоаллергенную диету ($n=151$)	
	масса, г	длина, см	масса, г	длина, см	масса, г	длина, см
	До 6 мес жизни ($n=176$)				1—2 года жизни ($n=108$)	
1. Легкая	494,1±126,78	2,5±0,48	713,1±88,85	2,4±0,23	225,2±34,81	0,9±0,07
2. Средняя	702,6±87,34	2,8±0,29	629,8±67,25	2,7±0,31	170,4±42,69	1,02±0,15
3. Тяжелая	466,7±52,74	2,4±0,22	434,5±31,95	2,1±0,15	133,6±75,10	1,4±0,16
	Старше 6 мес жизни ($n=144$)				2—3 года жизни ($n=43$)	
4. Легкая	287,8±94,84	2,4±0,44	447,6±76,77	1,76±0,20	96,7±49,69	1,0±0,52
5. Средняя	234,5±187,73	1,6±0,40	235,4±77,26	1,8±0,30	162,5±98,68	0,5±0,00
6. Тяжелая	211,2±44,19	1,2±0,19	212,3±56,05	1,48±0,10	-148,6±19,6	0,7±0,12
p_{1-3}	>0,05	>0,05	<0,001	>0,05	>0,05	<0,002
p_{2-3}	<0,02	>0,05	<0,004	>0,05	>0,05	>0,05
p_{4-6}	>0,05	<0,01	<0,02	>0,05	<0,001	>0,05

нию концентрации иммуноглобулинов каппа, ламбда и преальбумина в крови, однако их уровень не достигал нормативных значений. Содержание альбумина в крови у больных оставалось стабильным и не отличалось от нормативных показателей (табл. 3).

Суточное потребление основных пищевых веществ и энергии в основном соответствовало рекомендуемым нормам потребления для всех возрастных групп наблюдавшихся больных (табл. 4). Обращало на себя внимание более высокое потребление белка детьми, получавшими заменители женского молока, по сравнению с детьми, находившимися на естественном вскармливании.

Таким образом, на фоне проводимого лечения была получена ремиссия атопического дерматита у большинства находившихся под наблюдением пациентов. Обращали на себя внимание сниженные среднемесячные показатели прибавки массы тела у детей, которые зависели от степени тяжести атопического дерматита. Особенности нутритивного

статуса больных атопическим дерматитом явилось сниженное содержание в сыворотке крови парапротеинов и преальбумина при нормальном физическом развитии детей и достаточной обеспеченности их основными пищевыми веществами и энергией независимо от вида вскармливания. На фоне проводимого комплексного лечения и полученной ремиссии заболевания у всех наблюдавшихся больных отмечалась положительная динамика массоростовых параметров и содержания в сыворотке крови показателей обеспеченности белком — альбумина и преальбумина, вероятно, связанная с улучшением переваривания и всасывания пищевых веществ в кишечнике.

Кроме того, положительный эффект от лечения был получен при применении как ротационной диеты с использованием кисломолочных продуктов, соевых смесей и продукта, основой которого являлось новозеландское козье молоко, так и безмолочной диеты. Однако существенным преимуществом ротационной диеты явилась возможность включения

Таблица 3. Содержание альбумина, преальбумина и парапротеинов в сыворотке крови у детей с пищевой аллергией до и на фоне лечения ($M \pm m$)

Группа детей	Период обследования	Альбумин, г/л	Преальбумин, мг/дл	Каппа, мг/дл	Ламбда, мг/дл	Каппа/ламбда
Естественное вскармливание ($n=100$)	До лечения	44,48±1,43	17,4±1,07	297,3±25,00	193,7±23,56	1,6±0,18
	На фоне лечения	45,84±1,99	18,1±1,46	334,3±31,57	253,1±32,52	1,44±0,18
Искусственное вскармливание ($n=220$)	До лечения	46,12±1,53	19,3±0,69	316,6±22,22	217,7±15,77	1,5±0,09
	На фоне лечения	44,98±1,12	20,5±0,83	388,8±34,86	246,2±22,28	1,6±0,10
В возрасте от 1 года до 3 лет, гипоаллергенная диета ($n=151$)	До лечения	46,27±0,92	18,1±0,49	579,7±28,12	366,5±23,77	1,6±0,14
	На фоне лечения	44,49±2,99	18,3±1,44	532,6±41,82	317,5±26,39	1,7±0,12
Нормативные показатели		35-50	19-43	789,5±6,35	418,41±32,52	1,88±0,06

Примечание. Нормативные значения показателей по данным лаборатории клинической биохимии и аллергологии НИИ питания РАМН.

Таблица 4. Суточное потребление основных пищевых веществ и энергии больными до назначения диетотерапии

Возраст детей, вид вскармливания	Белки		Жиры, г на 1 кг массы тела в сутки		Углеводы		Калории, ккал на 1 кг массы тела в сутки	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Дети до года жизни, естественное								
0,2—2 мес 29 дней	1,7±0,70	1,86	4,9±0,17	5,4	8,7±0,96	10,9	83,4±10,25	101
3—5 мес 29 дней	1,4±0,07	1,65	5,5±0,33	3,8	9,4±0,18	8,3	88,4±2,08	74
6—8 мес 29 дней	1,5±0,08	1,48	5,3±0,22	2,8	10,5±0,61	6,6	91,2±2,27	57
9—11 мес 29 дней	2,4±0,58	1,26	4,4±1,43	2,6	11,3±1,61	6,4	93,7±7,73	55
Дети до года жизни, искусственное								
0,2—2 мес 29 дней	2,1±0,01	2,5	4,9±0,02	6,5	9,9±0,04	13,0	92,8±0,37	115
3—5 мес 29 дней	1,8±0,11	2,6	4,4±0,19	6,0	8,9±0,46	13,0	82,6±3,44	115
6—8 мес 29 дней	2,7±0,28	2,9	4,2±0,36	5,5	11,2±1,05	13,0	92,8±7,19	110
9—11 мес 29 дней	2,7±0,36	2,9	4,0±0,37	5,5	13,4±1,36	13,0	99,6±8,03	110
Дети от 1 года до 3 лет, гипоаллергенная диета	52,5±0,54	53	53,6±0,71	53	211,7±12,10	212	1542±9,20	1540

Примечание. 1 — показатели больных атопическим дерматитом ($M \pm m$); 2 — безопасный уровень потребления белка, возрастные нормы потребления [14, 15].

в рацион детей с аллергией к белкам коровьего молока и атопическим дерматитом более разнообразного ассортимента продуктов, в том числе молочных, и, как следствие, их адекватное обеспечение рядом эс-

сенциальных микронутриентов (кальцием, витамином В₂, фолиевой кислотой, железом и др.), уровень которых у детей, получавших безмолочную диету, может быть низким. В связи с этим назначение безмо-

смеси НЭННИ®



БИБИКОЛЬ

детское и диетическое питание на основе козьего молока

смеси для детей
на основе
НАТУРАЛЬНОГО
козьего молока

НЭННИ классика

адаптированная сухая молочная смесь для детей с рождения до 1 года

НЭННИ 1 с пребиотиками

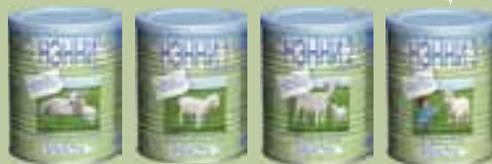
адаптированная сухая молочная смесь для детей от 0 до 6 месяцев

НЭННИ 2 с пребиотиками

адаптированная сухая молочная смесь для детей с 6 месяцев

НЭННИ 3

сухой молочный напиток для детей от 1 года



СМЕСИ НЭННИ - 5 ФАКТОРОВ ОПТИМАЛЬНОГО ВЫБОРА:

- Близость к женскому молоку по структуре белка
- Сбалансированность состава
- Натуральность
- Экологическая чистота
- Возможность кормления детей с непереносимостью белков коровьего молока и риском развития пищевой аллергии

ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ СМЕСЕЙ НЭННИ

- Здоровым детям при невозможности грудного вскармливания
- Для профилактики непереносимости белков коровьего молока и риском развития пищевой аллергии у детей
- Детям с непереносимостью белков коровьего молока
- Детям с недостаточным набором веса
- Детям с функциональными нарушениями пищеварения при отсутствии лактазной недостаточности
- Детям со склонностью к запорам*
- Детям с неустойчивым стулом**

ПРОТИВПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ СМЕСЕЙ НЭННИ

- Лактазная недостаточность
- Аллергия и/или сенсibilизация к козьему молоку

*- только НЭННИ 1 с пребиотиками, НЭННИ 2 с пребиотиками, НЭННИ 3

** - только НЭННИ классика и НЭННИ 3

Лучшее питание для младенца - грудное молоко. При невозможности или недостаточности грудного вскармливания, перед применением смеси посоветуйтесь с врачом. Дети, склонные к острым аллергическим реакциям, должны получать любые молочные смеси под наблюдением врача.

Полная информация:
www.bibicall.ru



Телефон горячей линии
8 800 200 888 0

лочной диеты в составе комплексной терапии больным атопическим дерматитом детям первых 3 лет жизни может быть рекомендовано только в случае

отсутствия эффекта от применения существующих гипоаллергенных рационов и лечебных продуктов и только на короткий срок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. Руководство для врачей. М 2006; 688. (Baranov A.A., Balabolkin I.I. Infant Allergologia. Doctor's guide. M 2006; 688).
2. Юхтина Н.В., Ксензова Л.Д., Вахрамеева С.Н., Балаболкин И.И. Роль диетотерапии в комплексном лечении детей с аллергическими заболеваниями. *Вопр детской диетол* 2003; 1: 2: 68–69. (Yuhtina N.V., Ksenzova L.D., Vahrameeva S.N., Balabolkin I.I. Dietetic therapy's importance in infant allergenic diseases integrated treatment. *Vopr detskoj dietol* 2003; 1: 2: 68–69.)
3. Смирнова Г.И. Современные технологии диагностики и лечения тяжелых форм аллергодерматозов у детей. М: Альба Плюс 2006; 155. (Smirnova G.I. Advanced diagnostic and infant severe allergodermatosis's treatment methods. M: Alba Plus 2006; 155).
4. Лечение аллергических болезней у детей. Под ред. И.И. Балаболкина. М: МИА 2008; 348. (Infant allergenic diseases treatment. Edited by I.I. Balabolkin M: MIA 2008; 348.)
5. Баранов А.А., Ревякина В.А., Короткий Н.Г., Балаболкин И.И. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика. Пособие для врачей. М 2004; 104. (Baranov A.A., Revyakina V.A., Korotkiy N.G., Balabolkin I.I. Infant atopic dermatitis and skin infections: diagnostics, treatment and prophylaxis. Doctors' guide. M 2004; 104).
6. Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. и др. Антигистаминные препараты в практике детского врача. М 2001; 48. (Korovina N.A., Cheburkin A.V., Zaharova I.N. et al. Antihistaminics in pediatricians' practice. M 2001; 48).
7. Клиническая аллергология детского возраста с неотложными состояниями. Руководство для врачей под ред. И.И. Балаболкина, В.А. Булгаковой. М: МИА 2011; 259. (Infant clinical allergology with medical emergencies. Doctor's guide edited by I.I. Balabolkin, V.A. Bulgakova. M: MIA 2011; 259).
8. Балаболкин И.И., Юхтина Н.В., Рылеева И.В. и др. Эффективность диетотерапии с использованием козьего молока у детей с дерматореспираторным синдромом. Методические рекомендации № 28. М 2006; 20. (Balabolkin I.I., Yuhtina N.V., Ryleeva I.V. et al. Dietetic therapy effectiveness at goat milk use by infants with dermatitis-respiratory syndrome. Guideline № 28. M 2006; 20).
9. Иванова Н.А., Костомарова Л.Н. Опыт применения бепантена и бепантена-плюс в лечении атопического дерматита у детей. *Педиатрия. Consilium medicum* 2005; Приложение № 1: 39–43. (Ivanova N.A., Kostomarova L.N. Experience of application of Bepanten and Bepanten-plus in infant atopic dermatitis treatment. *Pediatriya. Consilium medicum. Addendum* № 1 2005; 39–43).
10. Макарова И.В. Диетотерапия и комплексный подход к наружному лечению при атопическом дерматите у детей. Пособие для практических врачей. Ст-Петербург 2005; 76. (Makarova I.V. Dietetic therapy and integrated external treatment of infant atopic dermatitis. Guideline for medical practitioners. Sankt-Petersburg 2005; 76).
11. Боровик Т.Э., Гмошинский И.В., Рославцева Е.А. и др. Иммунохимические методы в диагностике и обосновании элиминационной диетотерапии пищевой непереносимости у детей. *Педиатрия* 1998; 5: 50–56. (Borovik T.E., Gmoshynsky I.V., Roslavtseva E.A. et al. Immunochemical methods in diagnostics and elimination diet therapy feasibility at infant food intolerance. *Pediatriya* 1998; 5: 50–56).
12. Эрль Л. Пищевая аллергия. Пер. с англ. М: Крон-Пресс 1996; 110. (Erl L. Food allergy. Translated from English. M: Kron-Press 1996; 110).
13. Arvola T., Holmberg-Marttila D. Benefits and risks elimination diet. *Ann Med* 1999; 31: 4: 293–298.
14. Химический состав пищевых продуктов. Справочные таблицы. Под ред. И.М. Скурихина и В.А. Шатерникова. М: «Легкая и пищевая промышленность» 1984; 328. (Food chemical composition. References tables. Edited by I.M. Skurikhina and V.A. Shaternikova. M: «Legkaya i pishhevaya promyshlennost'» 1984; 328).
15. Баранов А.А., Ладодо К.С. Организация питания детей в стационарах. Пособие для врачей. М: ЭВИТА-Проф 2001; 240. (Baranov A.A., Ladodo K.S. Childs feeding management in hospitals. Doctor's guide. M: EVITA-Prof 2001; 240).

Поступила 05.12.12