

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

УДК 616.3-008.13:616.34-009.74:613.287

Буцкая Т.В.¹, Галицкая М.Г.², Макарова С.Г.^{2,3}, Ясаков Д.С.², Бакович Е.А.²

Персонализированный подход к ведению детей с функциональными нарушениями органов пищеварения и аллергией на белки коровьего молока на грудном вскармливании. Роль рекомендаций по питанию кормящей матери

¹Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации, 103265, Москва, Россия;²ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, 119991, Москва, Россия;³ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», 119991, Москва, Россия

Введение. Функциональные расстройства органов пищеварения (ФРОП) у детей грудного возраста — это комплекс симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, которые не могут быть объяснены структурными или биохимическими нарушениями. Для облегчения симптомов ФРОП требуется комплекс мер, прежде всего психологическая поддержка матери и рациональное вскармливание ребёнка, которые включают сохранение грудного вскармливания, оптимизацию питания кормящей матери. Ранее был выявлен низкий уровень информированности женщин в вопросах питания в период кормления грудью.

Цель работы — определить эффективность рекомендаций по питанию кормящей матери в комплексном лечении детей на грудном вскармливании с ФРОП и аллергией к белкам коровьего молока (АБКМ).

Материалы и методы. В работу были включены 75 пар мать–ребёнок. Дети в возрасте 1–4 мес на исключительно грудном вскармливании были распределены на 2 группы: 1-ю составил 51 ребёнок с ФРОП, 2-ю — 24 ребёнка с подозрением на АБКМ. Кроме комплексного лечения детей матерям обеих групп были даны рекомендации по питанию кормящей женщины. Матерям детей 2-й группы была назначена диетическая безмолочная диета сроком на 1 мес.

Результаты. В 1-й группе уменьшилось число детей с симптомами срыгиваний более 2 эпизодов в сутки на 28% ($p < 0,001$), плача более 3 ч в сутки — на 52% ($p < 0,001$). Детям 2-й группы с явным положительным эффектом от диетической безмолочной диеты матери ($n = 20$) был выставлен диагноз: аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит (K52.2 по МКБ-10), назначено продолжение безмолочной диеты матери и наблюдение аллерголога. Анкетирование показало, что все кормящие женщины интересовались вопросами питания в период лактации, 92% опрошенных матерей искали эту информацию в сети Интернет. При этом лишь 12% женщин считали эту информацию достаточной. Оценивая представленные материалы по питанию, большинство респондентов ответили, что они помогли им скорректировать рацион и расширить питание, а также сохранить грудное вскармливание.

Заключение. Комплексный подход в ведении детей с ФРОП и гастроинтестинальными проявлениями пищевой аллергии, включающий использование разработанных в НМИЦ здоровья детей рекомендаций по питанию, предназначенных для кормящих женщин, позволяет добиться положительного эффекта со стороны симптомов как у пациентов с ФРОП, так и у больных с АБКМ, способствует улучшению психоэмоционального состояния женщин и продолжению грудного вскармливания.

Ключевые слова: функциональные расстройства органов пищеварения; аллергия к белкам коровьего молока; кормящие матери; питание; грудное вскармливание; дети грудного возраста

Для цитирования: Буцкая Т.В., Галицкая М.Г., Макарова С.Г., Ясаков Д.С., Бакович Е.А. Персонализированный подход к ведению детей с функциональными нарушениями органов пищеварения и аллергией на белки коровьего молока на грудном вскармливании. Роль рекомендаций по питанию кормящей матери. *Российский педиатрический журнал*. 2023; 26(5): 306–313. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2023-26-5-306-313> <https://elibrary.ru/tercmm>

Для корреспонденции: Галицкая Марина Геннадьевна, канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Центра профилактической педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей», Минздрава России, galitskaya.mg@nczd.ru

Участие авторов: Буцкая Т.В., Макарова С.Г. — концепция и дизайн исследования; Галицкая М.Г., Бакович Е.А. — сбор материала; Ясаков Д.С. — статистическая обработка материала; Буцкая Т.В., Галицкая М.Г. — формирование базы данных, написание текста; Макарова С.Г. — написание текста, редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 08.08.2023
Принята к печати 12.09.2023
Опубликована 31.10.2023

Tatiana V. Butskaya¹, Marina G. Galitskaya², Svetlana G. Makarova^{2,3}, Dmitriy S. Yasakov², Elena A. Bakovich²

A personalized approach to the management of breastfed infants with functional gastrointestinal disorders and cow's milk allergy. The role of nutritional recommendations for a nursing mother

¹The State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation, Moscow, 103265, Russian Federation;

²National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, 119991, Russian Federation;

³Lomonosov Moscow State University, Moscow, 119991, Russian Federation

Introduction. Functional gastrointestinal disorders (FGID) in infants are a complex of symptoms from the gastrointestinal tract that cannot be explained by structural or biochemical disorders. To alleviate the symptoms of functional disorders, a set of measures is required, first of all, psychological support for the mother and, of course, rational feeding, which includes maintaining breastfeeding, optimizing the nutrition of the nursing mother. Despite the abundance of professional information on this issue, previous studies demonstrate a low level of women's awareness of nutrition during breastfeeding. **The aim of the work** is to determine the effectiveness of recommendations on nursing mother's nutrition in the complex treatment of breastfed children with FGID and allergy to cow's milk proteins.

Materials and methods. Seventy five mother-child pairs were included in the study. 1–4 months infants exclusively breastfed during the study were divided into two groups: 1 — FGID infants ($n = 51$) and 2 — infants with suspected cow's milk allergy (CMA) $n = 24$. In addition to the comprehensive treatment of the child, mothers of both groups were given recommendations on the nursing woman's nutrition. Mothers of children from group 2 were assigned a diagnostic dairy-free diet for a period of 1 month.

Results. On the 2nd visit, when analyzing the symptoms of the FGID in group 1, the number of children with symptoms of regurgitation of more than 2 episodes per day decreased by 28% ($p < 0.001$), crying for more than 3 hours per day — by 52% ($p < 0.001$). Children of group 2 with a clear positive effect from the diagnostic dairy-free diet therapy of the mother ($n = 20$) were diagnosed with Allergic and alimentary gastroenteritis and colitis (K52.2 — 10th revision of ICD-10), the continuation of the dairy-free diet for the mother and the supervision of an allergist were prescribed. The survey of women showed that all nursing women were interested in nutrition issues during lactation, 92% of the surveyed mothers searched for this information on the Internet. At the same time, only 12% of women considered this information to be sufficient. Evaluating the presented materials on nutrition, the overwhelming majority of respondents replied that they helped them to adjust their diet and expand nutrition, as well as to maintain breastfeeding.

Conclusion. Thus, an integrated approach in the management of FGID infants and gastrointestinal manifestations of food allergies, including the use of nutrition recommendations developed in the National Medical Research Center of Children's Health for nursing women, allows achieving a positive effect on the side of symptoms both in FGID and CMA patients, and also contributes to the improvement of the psycho-emotional state of a woman and prolonged breastfeeding.

Keywords: functional gastrointestinal disorders; cow's milk allergy; nursing mothers; nutrition; breastfeeding; infants

For citation: Butskaya T.V., Galitskaya M.G., Makarova S.G., Yasakov D.S., Bakovich E.A. A personalized approach to the management of breastfed infants with functional gastrointestinal disorders and cow's milk allergy. The role of nutritional recommendations for a nursing mother. *Rossiyskiy Pediatricheskiy Zhurnal (Russian Pediatric Journal)*. 2023; 26(5): 306–313. (in Russian). <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2023-26-5-306-313> <https://elibrary.ru/tepcmm>

For correspondence: Marina G. Galitskaya, MD, PhD, senior researcher of the Department of preventive pediatrics of National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, 119991, Russian Federation, galitskaya.mg@nczd.ru

Contribution: Butskaya T.V., Makarova S.G. — concept and design of the study; Galitskaya M.G., Bakovich E.A. — collection of material; Yasakov D.S. — statistical processing of the material; Butskaya T.V., Galitskaya M.G. — creating a database, writing the text; Makarova S.G. — writing the text, editing the text. All co-authors — approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Information about the authors:

Butskaya T.V., <https://orcid.org/0000-0002-6706-1794>

Galitskaya M.G., <https://orcid.org/0000-0002-3586-4031>

Makarova S.G., <https://orcid.org/0000-0002-3056-403X>

Yasakov D.S., <https://orcid.org/0000-0003-1330-2828>

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: August 08, 2023

Accepted: September 12, 2023

Published: October 31, 2023

Введение

ункциональные гастроинтестинальные расстройства — это комплекс симптомов, обусловленных анатомо-физиологическими особенностями пищеварительного тракта и ферментобразования, а также становлением рефлекторных связей и кишечной микробиоты, что может привести к изменениям моторной функции, нарушениям секреции и всасывания. Для обозначения этих состояний в англоязычной литературе используется термин «functional gastrointestinal disorders» — функциональные гастроин-

тестинальные нарушения [1, 2]. В русскоязычной литературе общепринятого термина нет, хотя в клинических рекомендациях использован термин «функциональные расстройства органов пищеварения» (ФРОП) [3]. ФРОП не предполагают патологических структурных или биохимических изменений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), но широко распространены в грудном возрасте: ими страдают примерно 20–30% детей [3, 4].

Патогенез развития ФРОП сложен и включает в себя как патофизиологические механизмы (нарушение нейроэндокринной регуляции, висцеральной чувствительности органов ЖКТ, незрелость ферментных систем

и микробиоты), так и психосоциальные факторы [3]. Стресс, испытываемый матерями в послеродовом периоде, повышенная ответственность за ребёнка и другие негативно влияющие на ЦНС матери факторы приводят к формированию висцеральной гиперчувствительности как у неё, так и у ребёнка при кормлении грудью [5]. ЖКТ реагирует прежде всего через серотонинергическую систему: отмечается усиление продукции серотонина и повышение содержания внутриклеточного кальция, что приводит к болевым ощущениям и нарушениям перистальтики. Формируется «порочный круг»: болевые импульсы, поступающие из ЖКТ ребёнка, закрепляются в головном мозге в виде очага возбуждения. Такие очаги, обнаруживаемые с помощью позитронно-эмиссионной томографии, усиливают возбуждение висцеральных нервных ганглиев кишечника [1]. Такой порочный круг замыкается усталостью, неуверенностью, нарушением сна и чрезмерным утомлением матери, что определяет влияние ФРОП у ребёнка на материнскую послеродовую депрессию [6, 7]. Ещё один механизм, играющий роль в развитии ФРОП, — пищевая интолерантность, т.е. повышенная чувствительность к различным пищевым ингредиентам. В грудном возрасте на первое место выступает непереносимость углеводов, чаще всего лактозы [8]. Для облегчения симптомов лактазной недостаточности на фоне грудного вскармливания (вздутие живота, частый разжиженный пенистый стул, дискомфорт во время кормления грудным молоком) рекомендовано использование фермента — лактазы во время кормления грудью, в том числе у недоношенных детей [9]. При наличии ФРОП требуется дифференциальный диагноз с пищевой аллергией (ПА) [10].

Несмотря на функциональный характер патологии у пациентов с ФРОП, особенно сопровождающейся диспепсией, доказана патогенетическая цепочка хронического воспаления в ЖКТ: повышение продукции провоспалительных цитокинов, увеличение числа тучных клеток, что приводит к повышенной проницаемости кишечной стенки, экспрессии рецепторов к нейропептиду S-1, запускает механизмы воспаления, которое является слабым, но поддерживающим другие механизмы развития ФРОП, и объясняет повышенную висцеральную чувствительность, свойственную большинству пациентов [1]. Важная особенность ФРОП — их благоприятное течение и исход: они уменьшаются или проходят самостоятельно с возрастом по мере созревания органов и систем ребёнка, чаще всего после 6 мес жизни. Учитывая разную степень выраженности симптомов, малый возраст ребёнка, беспокойство родителей, очевидно, что эти симптомы требуют диагностических и лечебных мероприятий [3, 4]. Согласно российским клиническим рекомендациям ФРОП у детей первых месяцев жизни включает в себя один или несколько симптомокомплексов: младенческие срыгивания, колики, дисchezия (болезненная дефекация, обусловленная диссинергией мышц дна малого таза), функциональные запоры [11]. В 95,4% случаев у детей отмечается сочетание 2 и более симптомов ФРОП [12].

Младенческие срыгивания представляют собой заброс содержимого желудка в пищевод, ротовую полость и (или) из неё наружу. Диагноз клинико-анамнестический, критериями диагноза являются наличие у ребенка

в возрасте 3 нед–12 мес эпизодов срыгиваний не менее 2 раз в день на протяжении не менее 3 нед. Эпизоды ежедневных срыгиваний отмечаются у 70–80% детей в возрасте до 3 мес, далее, как правило, они становятся реже, и у большинства детей (95%) срыгивания проходят к 12 мес жизни [13]. Диагноз «младенческие срыгивания» устанавливается при исключении патологических признаков: примесей желчи и крови в рвотных массах, аспирации вплоть до апноэ, различных затруднений во время кормления и при проглатывании молока, отказа от еды, анемии, рецидивирующих заболеваний ЛОР-органов. Все эти состояния могут быть проявлениями пищевой непереносимости, наследственных болезней обмена веществ, родовой травмы и церебральной ишемии, эзофагита и гастроудоденита, инфекционного заболевания, врождённых пороков развития ЖКТ и др. В таких случаях требуются дополнительное обследование, а также консультации специалистов. Одним из важных показателей, подтверждающим физиологический характер срыгиваний, является нормальное физическое и психомоторное развитие ребёнка [13]. Для успешного лечения функциональных срыгиваний прежде всего необходима постуральная терапия, включающая в себя определённое положение ребёнка во время и после кормления, правильный захват соска, приподнятое положение головного конца кровати и др. [14, 15]. Для уменьшения симптомов срыгиваний, как и для всех ФРОП, важную роль играет психологическая поддержка кормящей матери [6, 7].

Колики у младенцев — это регулярные эпизоды ничем не объяснимого плача, беспокойства, повышенной раздражительности, которое может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Такие эпизоды возникают внезапно, чаще в вечерние часы, и также внезапно заканчиваются. Для кишечных колик характерны резкий болезненный плач с покраснением лица и натуживанием, приведением ног к животу [2, 16]. Важно отличить обычный плач при коликах от патологического плача. Существует ряд «тревожных симптомов», присутствие которых позволяет заподозрить ту или иную патологию при длительном упорном плаче. Это изменение тональности крика, монотонный крик, повторная рвота, рвота с кровью, кровь в стуле, лихорадка. Поэтому при младенческих коликах важно исключить неврологическую, гастроинтестинальную патологии, в том числе ПА, лактазную недостаточность и некоторые другие заболевания [2].

Функциональными запорами у детей 1-го года жизни называют увеличение интервалов между актами дефекации, наличие плотного стула, определённые трудности до и во время дефекации (натуживание, беспокойство). Распространённость функциональных запоров в этом возрасте — около 20–35% [17–19]. Большинство запоров (до 95%) у детей младшего возраста являются функциональными [20]. Для установления функционального характера запоров необходимо исключить «симптомы тревоги»: отсутствие мекония у новорождённого более 48 ч после рождения; запор, начавшийся в 1-й месяц жизни; отягощённый семейный анамнез по болезни Гиршпрунга; лентовидный стул; кровь в стуле при отсутствии анальных трещин; отставание в физическом развитии; рвота желчью; выраженное вздутие живота;

нарушения функции щитовидной железы; дистопия ануса; отсутствие анального или мошоночного рефлекса; снижение тонуса/рефлексов нижних конечностей; сакральная ямка; анальные рубцы [11, 21]. При выявлении «симптомов тревоги» нужно исключать патологии ЖКТ, прежде всего болезнь Гиршпрунга, патологию эндокринной системы, болезни обмена и др. При этом, как правило, запор — не единственная жалоба [2, 12, 22].

К ФРОП относится также младенческая дисхезия — нарушение акта дефекации. Чаще это болезненная дефекация, обусловленная неспособностью координировать повышенное внутрибрюшное давление с расслаблением мышц тазового дна. У младенцев данное расстройство клинически выражается в беспокойстве, плаче перед дефекацией, натуживанием с покраснением лица, частую невозможности самостоятельной дефекации при нормальной консистенции стула. Характерным является успокоение ребёнка сразу после дефекации. Младенческая дисхезия купируется самостоятельно с возрастом ребёнка (чаще после 6 мес жизни) [23, 24]. Распространённость данного симптома у детей первых месяцев жизни, по разным данным, составляет от 0,9% до 2,4% [24, 25]. Поскольку ФРОП — это следствие целого комплекса различных патофизиологических механизмов, то лечение предполагает разностороннее воздействие на организмы матери и ребёнка. Прежде всего — это психологическая поддержка матери и семьи в целом, информирование родителей о причинах симптомов, о правильном питании матери в период лактации и рекомендации о мерах помощи ребёнку [26, 27]. Для детей на смешанном и искусственном вскармливании имеет значение подбор оптимальной адаптированной молочной смеси [28]. При неэффективности общепринятой терапии ФРОП должен проводиться дифференциальный диагноз с другими состояниями.

При подозрении на аллергию к белкам коровьего молока (АБКМ) рекомендованный Европейским обществом детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов алгоритм позволяет избежать как гипо-, так и гипердиагностики ПА [10]. Ранние симптомы ПА могут проявляться обильными срыгиваниями или рвотой после приёма продукта, коликами, функциональными запорами [10, 29]. Около 40% детей 1-го года жизни, обследованных по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, имели АБКМ и до 56% — в тяжёлой форме [30]. Частота запоров, связанных с АБКМ, составляет 28–70% [10]. У 25% детей с умеренными или выраженными симптомами кишечных колик причиной становится АБКМ. Отказ от приёма продукта или беспокойство после еды также могут быть симптомами ПА [31]. В случае подтверждённой ПА у ребенка на грудном вскармливании для купирования симптомов необходимо назначение диеты матери с исключением причинно-значимых пищевых аллергенов.

Цель работы — определить эффективность рекомендаций по питанию кормящей матери в комплексном лечении детей на грудном вскармливании с ФРОП и АБКМ.

Материалы и методы

В исследование были включены 75 пар мать–ребёнок, обратившихся к педиатру по поводу различных симптомов ФРОП у детей.

Критерии включения:

- возраст ребёнка до 4 мес жизни включительно;
- отсутствие хронических заболеваний и врождённых пороков развития у ребёнка;
- исключительно грудное вскармливание;
- желание матери следовать рекомендациям по питанию в период лактации.

В консультативном отделении при 1-м визите матери проводились сбор данных анамнеза, осмотр ребёнка, включая антропометрию, анкетирование матери ребёнка (опрос 1). Анкета содержала вопросы о семейном аллергологическом анамнезе, наличии у ребёнка клинических признаков ПА, характере вскармливания ребёнка, длительности плача, наличии и объёме срыгивания и характере стула у ребёнка. Далее кормящей матери для ознакомления выдавалась брошюра «Разговор о правильном питании в период кормления грудью: Вы спрашиваете — мы отвечаем» [32], созданная на основании проведённых ранее исследований по осведомлённости кормящих матерей в вопросах питания в период лактации [33]. С учётом данных анамнеза и осмотра, полученных при 1-м визите, дети были распределены на 2 группы: 1-ю группу составил 51 ребёнок без клинических признаков АБКМ, во 2-ю группу — 24 ребёнка с подозрением на АБКМ (отягощённый семейный аллергологический анамнез, периодические кожные высыпания и гастроинтестинальные симптомы).

При 2-м визите, который проводился через 1 мес, измерялась масса тела ребёнка, с помощью анкетирования матери оценивались длительность плача, частота и объём срыгиваний, характер стула, состояние кожных покровов (опрос 2). Также был проведён дополнительный опрос, характеризующий отношение кормящей женщины к выданным ранее рекомендациям по питанию и полезность рекомендаций по шкале от 1 до 5 баллов, где 1 балл — низкая оценка; 5 баллов — высокая оценка.

Статистическая обработка всех полученных данных проводилась с помощью пакета программ «IBM SPSS Statistics v. 25». Размер выборки предварительно не рассчитывался. Количественные данные проверяли на нормальность распределения с помощью критерия Шапиро–Уилка. При решении всех статистических задач принимали уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты

Возраст матерей на момент включения в исследование и детей во время 1-го и 2-го опросов составил $31,6 \pm 5,2$ лет и $1,9 \pm 1,0$ мес соответственно. Диапазон массы тела детей на момент 1-го визита и прибавка веса за 1 мес составили $5070,8 \pm 1072,5$ и $765,0 \pm 236,1$ г.

Ведущими причинами обращения к педиатру были симптомы дисфункции ЖКТ: у 48 (64%) детей отмечалось срыгивание более 2 эпизодов в день в объёме более 1 кофейной ложки, наблюдаемое в течение 3 и более недель. Беспокойство (плач) 3 ч в день и более отмечены у 52 (69,3%) детей, разжиженный стул (тип 6 или 7 по Бристольской шкале) — у 69 (92%), запоры — у 3 (4%), младенческая дисхезия — у 22 (29,3%). Сочетание 2 и более симптомов выявлено у 39 (52%) детей. Большинство детей — 66 (88%) до обращения в отделение получали рекомендации по месту жительства, и обращение было связано с недостаточным эффектом от проводимой

терапии. Более половины матерей — 55 (73,3%) до обращения в клинику уже ввели различные ограничения в свой рацион самостоятельно в связи с предполагаемой связью симптомов у ребёнка с питанием или по рекомендации врачей. У 20 (26,6%) женщин набор продуктов в рационе был крайне ограничен и включал 4–5 наименований продуктов.

При 1-м визите нами была выделена группа детей с подозрением на АБКМ — 24 ребёнка, у которых, помимо симптомов, характерных для ФРОП, отмечались типичные для АБКМ симптомы (табл. 1).

Со всеми матерями детей обеих групп нами проведены беседы о причинах и особенностях симптомов у младенцев, о важности грудного вскармливания для развития ребёнка. Всем матерям были выданы рекомендации по оптимизации рациона питания женщин в период лактации [32].

Детям 1-й группы назначена симптоматическая терапия: антирефлюксные меры при срыгиваниях, определённое положение ребёнка во время кормлений и при коликах, правильный захват соска, применение газоотводной трубки и препараты симетикона. Детям 2-й группы с кожными проявлениями аллергии назначены FGID FGID алиментные противовоспалительные и/или увлажняющие средства, при необходимости — антигистаминные препараты. Матерям детей 2-й группы была назначена диагностическая безмолочная диета сроком на 1 мес.

На момент 2-го визита значимых изменений в характере вскармливания детей не было: 70 (93,3%) детей получали грудное молоко, 4 (5,3%) ребёнка находились на смешанном вскармливании, 1 (1,3%) ребёнок был переведён на искусственное вскармливание.

При 2-м визите у детей 1-й группы выявлено значимое снижение частоты симптомов ФРОП: частота плача длительностью более 3 ч существенно уменьшилась до 15,7% случаев; частота срыгиваний более 2 эпизодов в день снизилась почти в 2 раза (до 33,3%); число детей с симптомом младенческой дисхезии уменьшилось до 5,9%; запоры не выявлены ни у одного ребёнка (табл. 2).

При анализе состояния здоровья детей 2-й группы и анкетирования их матерей были выделены две подгруппы детей: 2А (20 (83,4%) детей) — с эффектом от назначенной диагностической безмолочной диетотерапии матери, 2Б (4 (16,6%) ребёнка) — без эффекта.

У детей подгруппы 2А эффект безмолочной диеты матери выражался в значимом уменьшении кожных и гастроинтестинальных симптомов АБКМ, вплоть до полного их исчезновения (табл. 3). Детям подгруппы 2А был выставлен диагноз: Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит (K52.2 по МКБ-10), назначено продолжение безмолочной диеты матери и наблюдение аллерголога.

У детей подгруппы 2Б сохранялись симптомы аллергического воспаления: кожные высыпания — у 4 детей;

Таблица 1 | Table 1

Характеристика клинико-anamnestических данных детей с подозрением на АБКМ
Characteristics of clinical and anamnesic data in children with suspected ACMP

Признак Sign	Число детей Number of children	
	n	%
Отягощённый аллергологический анамнез у ближайших родственников (мать, отец, родные брат или сестра) (n = 14)	7	29.2
Burdened allergic history in close relatives (mother, father, brother or sister) (n = 14)	2	8.3
Лекарственная аллергия drug allergy	1	4.2
аллергия на эпителий животных allergy to animal epithelium	1	4.2
аллергия на домашнюю пыль allergy to household dust	2	8.3
бронхиальная астма bronchial asthma	1	4.2
Изменения в стуле (прожилки крови, слизь) Changes in stool (streaks of blood, mucus)	5	20.8
Периодические или постоянные кожные высыпания на различных участках тела Periodic or permanent skin rashes on various parts of the body	20	83.3
Всего детей с анамнестическими и клиническими данными за АБКМ Total children with anamnesic and clinical data for ACMP	24	32

Таблица 2 | Table 2

Число детей с симптомами ФРОП на 1-м и 2-м визитах, n (%)
Number of FGID infants with symptoms on the 1st and the 2nd visits, n (%)

Симптом Symptom	1-й визит 1 st visit	2-й визит 2 nd visit	p
Плач длительностью более 3 ч Crying lasting more than 3 hours	35 (70,6%)	8 (15,7%)	< 0,001
Срыгивания более 2 эпизодов в день Regurgitation of more than 2 episodes per day	32 (62,7%)	17 (33,3%)	0,0001
Дисхезия Dyschesia	15 (29,4%)	3 (5,9%)	0,001
Запоры Constipation	2 (3,9%)	0 (0%)	—

слизь и прожилки крови в стуле — у 1 ребёнка (как и при 1-м визите). Детям подгруппы 2Б выставлен диагноз: Дерматит, вызванный съеденной пищей (L27.2 по МКБ-10), Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит (K52.2 по МКБ-10), выдано направление на консультацию аллерголога и дерматолога.

Во время 2-го визита 36% респондентов оценили представленные рекомендации на 5 баллов. Они отметили также, что рекомендации позволили значительно скорректировать рацион и способствовали сохранению грудного вскармливания. Как показал дополнительный опрос, все кормящие женщины интересовались вопросами питания в период лактации, 92% опрошенных матерей искали эту информацию в сети Интернет. Однако лишь 12% женщин считали эту информацию достаточной (табл. 4).

С помощью следующих 4 вопросов кормящие женщины оценивали свой уровень знаний по питанию в период кормления грудью и наличие достоверной информации в сети Интернет по этому вопросу. Согласно результатам опроса, 80% респондентов оценивали их не более чем в 1–3 балла. После внимательного изучения рекомендаций уровень знаний матерей значительно повысился: респонденты стали оценивать его на 4 балла (32%) и на 5 баллов (68%).

Обсуждение

Часто встречающиеся в первые месяцы жизни ФРОП вызывают беспокойство родителей и требуют внимания педиатра. Влияние диеты матери на появление гастроинтестинальных симптомов у ребёнка обсуждается, при этом часто кормящие женщины указывают на такую связь [28, 34, 35]. Кроме того, именно для детей 1-го года

жизни характерны проявления не-IgE-опосредованной гастроинтестинальной ПА, которые могут возникать на фоне как искусственного, так и грудного вскармливания [36]. Поскольку основным принципом диетотерапии ПА является исключение причинно-значимого аллергена, возникновение её на фоне естественного вскармливания требует коррекции рациона матери.

Золотым стандартом диагностики не-IgE-опосредованной гастроинтестинальной ПА остаётся соблюдение матерью элиминационной диеты в течение 2–4 нед с последующим повторным введением аллергена при ухудшении симптомов, кроме случаев, когда отмечается подтверждённый энтероколитический синдром, индуцированный пищевыми белками в анамнезе, или тяжёлая ассоциированная симптоматика при отсутствии повторного введения аллергена [29, 36]. При получении неточных данных повторное введение подозреваемых продуктов в рацион матери рекомендуется проводить в начале прикорма. Коровье молоко является самым распространённым аллергеном, однако другие пищевые белки, такие как яйца, соя и пшеница, также могут поступать в организм ребёнка с грудным молоком и должны считаться потенциальными аллергенами [29, 36].

Энтероколит, индуцированный пищевыми белками, классифицируется как проявление не-IgE-опосредованной ПА, которая проявляется остро или хронически, в зависимости от дозы и частоты приёма пищевого аллергена и индивидуальных особенностей пациентов [37]. Острые проявления аллергического энтероколита достаточно хорошо изучены, дана подробная характеристика различных форм этой патологии [31, 38]. Данное состояние встречается преимущественно у детей 1-го года жизни. При этом большинство больных с энтеро-

Таблица 3 | Table 3

Число детей с симптомами АБКМ подгруппы 2А при 1-м и 2-м визитах, n (%)
Number of children with symptoms of АСМР from 2А subgroup on the 1st and the 2nd visits, n (%)

Симптом Symptom	1-й визит 1 st visit	2-й визит 2 nd visit	p
Кожные высыпания, сухость и зуд кожи Skin rashes, dryness, and itching of the skin	20 (100%)	2 (10%)	—
Срыгивания, беспокойство и плач Regurgitation, anxiety, and crying	17 (85%)	3 (15%)	0.0001
Слизь и прожилки крови в стуле Mucus and blood streaks in the stool	5 (25%)	0 (0%)	—

Таблица 4 | Table 4

Оценка эффективности рекомендаций (доля женщин, %)
Evaluation of the effectiveness of recommendations (women proportion, %)

Вопросы анкеты Questionnaire questions	Баллы Scores				
	1	2	3	4	5
Помогли ли Вам наши рекомендации по питанию? Did our nutrition recommendations help you?	4	9.3	20	30.7	36
Насколько помогли наши рекомендации скорректировать Ваш рацион? How much did our recommendations help to adjust your diet?	2.7	1.3	16	46.7	33.3
Насколько способствовали наши рекомендации расширить Ваш рацион? How much did our recommendations contribute to expanding your diet?	0	0	8	48	44
Насколько способствовали наши рекомендации сохранить Ваше грудное вскармливание? How much did our recommendations contribute to keeping you breastfeeding?	0	0	5.3	20	74.7

колитом, индуцированным пищевыми белками, — это дети в возрасте 1–3 мес [36]. В этой возрастной категории подавляющее большинство случаев заболевания обусловлено введением в питание продуктов, содержащих белки коровьего молока. Энтеропатия, индуцированная пищевыми белками, характеризуется поражением ворсинок и связанным с этим синдромом мальабсорбции с соответствующей симптоматикой. У детей раннего возраста аллергическая энтеропатия проявляется длительной диареей, рвотой, недостаточным набором массы тела, анемией, гипопроотеинемией. Часто встречается гиперчувствительность к белкам коровьего молока, но возможно сочетание с сенсибилизацией к сое, яйцу, пшенице и другим продуктам [29, 32].

Проктоколит, индуцированный пищевыми белками, — это также не-IgE-опосредованное заболевание, вызванное иммунным ответом против пищевых белков. Характерными признаками аллергического проктоколита являются наличие слизи и/или крови в стуле у внешне здорового младенца. Частыми его причинами являются БКМ, при этом синдром может развиваться и у детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании [36–39]. Элиминация из питания ребёнка и/или рациона кормящей матери продуктов, содержащих белки коровьего молока, приводит к исчезновению явного кровотечения в течение 24–72 ч [36]. Соответственно, диета матери с исключением причинно-значимых пищевых белков при ПА у детей является значимым, а иногда и достаточным методом лечения этого состояния у детей на грудном вскармливании.

Заключение

Следование рекомендованным алгоритмам ведения детей с ФРОП и дифференциальная диагностика их с гастроинтестинальными проявлениями ПА у детей на грудном вскармливании позволяют добиться положительного эффекта со стороны симптомов как у пациентов с ФРОП, так и у больных с АБКМ. При этом использование в практике педиатра рекомендаций по питанию, предназначенных для кормящих женщин, показало свою эффективность, поскольку это позволяет значительно упростить работу с пациентами, предоставить женщинам исчерпывающую информацию по формированию рациона, повысить их информированность в вопросах питания в период лактации, что, по мнению самих кормящих женщин, значительно повышает их эмоциональное состояние и способствует сохранению грудного вскармливания.

Литература

(п.п. 1; 2; 4–7; 9; 10; 13–15; 17–19; 23–27; 29–31; 34–39 References)

3. Бельмер С.В., Волинец Г.В., Горелов А.В., Гурова М.М., Звягин А.А., Корниенко Е.А. и др. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Рекомендации Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Часть 1. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2020; 65(4): 150–61. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2020-65-4-150-161> <https://elibrary.ru/pdjrqg>
8. Шадрин А.Г., Хомутовская К.О. Кишечные колики у детей раннего возраста при различных типах лактазной недостаточности: особенности диагностики и коррекции. *Современная педиатрия*. 2014; (6): 102. <https://elibrary.ru/ttlaap>

11. Российские клинические рекомендации «Функциональные расстройства органов пищеварения у детей». М.; 2020.
12. Шумилов П.В., Медведева А.П. Эффективность комплексной диетотерапии функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей первого года жизни: результаты анкетирования педиатров в РФ. *Вопросы практической педиатрии*. 2017; 12(6): 50–7. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2017-6-50-57> <https://elibrary.ru/yniwjo>
16. Хавкин А.И., Богданова Н.М., Белова Е.М. Роль нейропептидов в генезе кишечных колик. *Фарматека*. 2019; 26(2): 89–92. <https://doi.org/10.18565/pharmateca.2019.2.89-92> <https://elibrary.ru/yzclap>
20. Хавкин А.И., Файзуллина Р.А., Бельмер С.В., Горелов А.В., Захарова И.Н., Звягин А.А. и др. Диагностика и тактика ведения детей с функциональными запорами. *Вопросы практической педиатрии*. 2014; 9(5): 62–76. <https://elibrary.ru/tgfpdb>
21. Пахомовская Н.Л., Татьяна О.Ф., Лазарева Т.Ю. Функциональные запоры у детей. *Медицинский совет*. 2022; 16(1): 106–13. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-1-106-113> <https://elibrary.ru/kreco>
22. Камалова А.А., Шакирова А.Р. Функциональные запоры у детей раннего возраста: диагностика и терапия на практике. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2016; 61(4): 108–13. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2016-61-4-108-113> <https://elibrary.ru/yuckfx>
28. Броева М.И., Сурков А.Н., Черников В.В. Современные проблемы диагностики и лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14(6): 527–34. <https://doi.org/10.15690/pf.v14i6.1837> <https://elibrary.ru/ymacew>
32. Буцкая Т.В., Фисенко А.П., Макарова С.Г. *Разговор о правильном питании в период кормления грудью: вы спрашиваете – мы отвечаем*. М.: Полиграфист и издатель; 2020. <https://elibrary.ru/hflgoy>
33. Буцкая Т.В., Фисенко А.П., Макарова С.Г., Ясаков Д.С., Ладодо О.Б., Лебедева А.М. и др. Использование электронной версии рекомендаций по питанию и специализированного продукта для кормящих женщин в комплексе мер по поддержке лактации. *Российский педиатрический журнал*. 2023; 26(4): 234–41. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2023-26-4-234-241> <https://elibrary.ru/cbldzt>

References

1. Drossman D.A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016; 150(6): 1262–79. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
2. Benninga S., Nurko M.A., Faure C., Hyman P.E., James-Roberts I.S., Schechter N.L. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2016; 150(6): 1443–55. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.016>
3. Bel'mer S.V., Volynets G.V., Gorelov A.V., Gurova M.M., Zvyagin A.A., Kornienko E.A., et al. Functional digestive disorders in children. Guidelines of society of pediatric gastroenterologists, hepatologists and nutritionists. Part 1. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. 2020; 65(4): 150–61. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2020-65-4-150-161> <https://elibrary.ru/pdjrqg> (in Russian)
4. Vandenplas Y., Gutierrez-Castrellon P., Velasco-Benitez C., Palacios J., Jaen D., Ribeiro H., et al. Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants. *Nutrition*. 2013; 29(1): 184–94. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2012.08.008>
5. Rautava P., Lehtonen L., Helenius H., Sillanpää M. Infantile colic: child and family three years later. *Pediatrics*. 1995; 96(1 Pt. 1): 43–7. <https://doi.org/10.1542/peds.96.1.43>
6. Vik T., Grote V., Escribano J., Socha J., Verduci E., Fritsch M., et al. Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatr*. 2009; 98(8): 1344–8. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01317.x>
7. Kurth E., Kennedy H.P., Spichiger E., Hösli I., Stutz E.Z. Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*. 2011; 27(2): 187–94. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.05.012>
8. Shadrin A.G., Khomutovskaya K.O. An intestinal colics among infants of the different types of lactase deficiency, the diagnosis and correction features. *Sovremennaya pediatriya*. 2014; (6): 102. <https://elibrary.ru/ttlaap> (in Russian)

9. Wang L., Wang Y.W., Tan J.T., Yan J., Wu Y., Wang X.M., et al. Efficacy and safety of lactase additive in preterm infants with lactose intolerance: a prospective randomized controlled trial. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2021; 23(7): 671–6. <https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2102038> (in Chinese)
10. Vandenplas Y., Gottrand F., Veereman-Wauters G., De Greef E., Devreker T., Hauser B., et al. Gastrointestinal manifestations of cow's milk protein allergy and gastrointestinal motility. *Acta Paediatr*. 2012; 101(11): 1105–9. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02808.x>
11. Russian clinical guidelines «Functional disorders of the digestive organs in children». Moscow; 2020. (in Russian)
12. Shumilov P.V., Medvedeva A.P. The effectiveness of complex diet therapy of functional gastrointestinal disorders in infants of the first year of life: results of a questionnaire survey of paediatricians in the Russian Federation. *Voprosy prakticheskoy pediatrii*. 2017; 12(6): 50–7. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2017-6-50-57> <https://elibrary.ru/yniwoj> (in Russian)
13. Rosen R., Vandenplas Y., Singendonk M., Cabana M., Di Lorenzo C., Gottrand F., et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 2018; 66(3): 516–54. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001889>
14. van Wijk M.P., Benninga M.A., Davidson G.P., Haslam R., Omari T.I. Small volumes of feed can trigger transient lower esophageal sphincter relaxation and gastroesophageal reflux in the right lateral position in infants. *J. Pediatr*. 2010; 156(5): 744–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.11.006>
15. Moon R.Y. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2011; 128(5): 1030–9. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-22>
16. Khavkin A.I., Bogdanova N.M., Belova E.M. Role of neuropeptides in the genesis of intestinal colic. *Farmateka*. 2019; 26(2): 89–92. <https://doi.org/10.18565/pharmateka.2019.2.89-92> <https://elibrary.ru/yzclop> (in Russian)
17. Mugie S., Benninga M.A., Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol*. 2011; 25(1): 3–18. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2010.12.010>
18. Mota D.M., Barros A.J., Santos I., Matijasevich A. Characteristics of intestinal habits in children younger than 4 years: detecting constipation. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 2012; 55(4): 451–6. <https://doi.org/10.1097/mpg.0b013e318251482b>
19. Tabbers M.M., Di Lorenzo C., Berger M.Y., Faure C., Langendam M.W., Nurko S., et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 2014; 58(2): 258–74. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000266>
20. Khavkin A.I., Fayzullina R.A., Bel'mer S.V., Gorelov A.V., Zakharova I.N., Zvyagin A.A., et al. Diagnosis and tactics of treatment of children with functional constipation (Recommendations of the society of paediatric gastroenterologists). *Voprosy prakticheskoy pediatrii*. 2014; 9(5): 62–76. <https://elibrary.ru/tgfpdb> (In Russian)
21. Pakhomovskaya N.L., Tat'yantina O.F., Lazareva T.Yu. Functional constipation in children. *Meditsinskiy sovet*. 2022; 16(1): 106–13. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-1-106-113> <https://elibrary.ru/kreco> (in Russian)
22. Kamalova A.A., Shakirova A.R. Functional constipation in infants: diagnosis and therapy in practice. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. 2016; 61(4): 108–13. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2016-61-4-108-113> <https://elibrary.ru/yuckfx> (in Russian)
23. Hyman P.E., Milla P.J., Benninga M.A., Davidson G.P., Fleisher D.F., Tamini J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006; 130(5): 1519–26. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.065>
24. Kramer E.A., den Hertog-Kuijl J.H., van den Broek L.M., van Leengoed E., Bulk A.M., Kneepkens C.M., et al. Defecation patterns in infants: a prospective cohort study. *Arch. Dis. Child*. 2015; 100(6): 533–6. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307448>
25. van Tilburg M.A., Hyman P.E., Walker L., Rouston A., Palsson O.S., Kim S.M., et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. *J. Pediatr*. 2015; 166(3): 684–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.11.039>
26. Piessevaux H., De Winter B., Louis E., Muls V., De Looze D., Pelckmans P., et al. Dyspeptic symptoms in the general population: a factor and cluster analysis of symptom groupings. *Neurogastroenterol. Motil*. 2009; 21(4): 378–88. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2009.01262.x>
27. Corsetti M., Caenepeel P., Fischler B., Janssens J., Tack J. Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. *Am. J. Gastroenterol*. 2004; 99(6): 1152–9. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2004.30040.x>
28. Broeva M.I., Surkov A.N., Chernikov V.V. Current issues of diagnosis and treatment of functional gastrointestinal disorders in children. *Pediatricheskaya farmakologiya*. 2017; 14(6): 527–34. <https://doi.org/10.15690/pf.v14i6.1837> <https://elibrary.ru/ymacew> (in Russian)
29. Meyer R., Fox A.T., Lozinsky C.A., Michaelis L.J., Shah N. Non-IgE-mediated gastrointestinal allergies – Do they have a place in a new model of the Allergic March. *Pediatr. Allergy Immunol*. 2019; 30(2): 149–58. <https://doi.org/10.1111/pai.13000>
30. Vandenplas Y., Rudolph C.D., Di Lorenzo C., Hassall E., Liptak G., Mazur L., et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 2009; 49(4): 498–547. <https://doi.org/10.1097/mpg.0b013e3181b7f563>
31. Fiocchi A., Brozek J., Schünemann H., Bahna S.L., von Berg A., Beyer K., et al. World Allergy Organization (WAO) diagnosis and rationale for action against cow's milk allergy (DRACMA) guidelines. *World Allergy Organ. J*. 2010; 3(4): 57–161. <https://doi.org/10.1097/WOX.0b013e3181defeb9>
32. Butskaya T.V., Fisenko A.P., Makarova S.G. *Conversation about Proper Nutrition During Breastfeeding: You Ask, We Answer [Razgovor o pravil'nom pitanii v period kormleniya grud'yu: vy sprashivaete – my otvechaem]*. Moscow: Poligrafist i izdatel'; 2020. <https://elibrary.ru/hflgoy> (in Russian)
33. Butskaya T.V., Fisenko A.P., Makarova S.G., Yasakov D.S., Lado O.B., Lebedeva A.M., et al. The use of an electronic version of nutrition recommendations and a specialized product for lactating women in a set of measures to support lactation. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2023; 26(4): 234–41. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2023-26-4-234-241> <https://elibrary.ru/cbldzt> (in Russian)
34. Venter C., Greenhawt M., Meyer R., Agostoni C., Reese I., du Toit G. EAACI position paper on diet diversity in pregnancy, infancy and childhood: Novel concepts and implications for studies in allergy and asthma. *Allergy*. 2020; 75(3): 497–523. <https://doi.org/10.1111/all.14051>
35. Agostoni C., Braegger C., Decsi T., Kolacek S., Koletzko B., Michaelsen K.F., et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 2009; 49(1): 112–25. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819f1e05>
36. Meyer R., Lozinsky A.C., Fleischer D.M., Vieira M.C., Toit G.D., Vandenplas Y., et al. Diagnosis and management of Non-IgE gastrointestinal allergies in breastfed infants – an EAACI Position Paper. *Allergy*. 2020; 75(1): 14–32. <https://doi.org/10.1111/all.13947>
37. Muraro A., Werfel T., Hoffmann-Sommergruber K., Roberts G., Beyer K., Bindslev-Jensen C., et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. *Allergy*. 2014; 69(8): 1008–25. <https://doi.org/10.1111/all.12429>
38. Nowak-Węgrzyn A., Chehade M., Groetch M.E., Spergel J.M., Wood R.A., Allen K., et al. International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein-induced enterocolitis syndrome. *J. Allergy Clin. Immunol*. 2017; 139(4): 1111–26.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2016.12.966>
39. Brozek J.L., Firmino R.T., Bognanni A., Arasi S., Ansotegui I., Assa'ad A.H., et al. Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guideline update – XIV – Recommendations on CMA immunotherapy. *World Allergy Organ. J*. 2022; 15(4): 100646. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2022.100646>

Сведения об авторах:

Буйцкая Татьяна Викторовна, депутат Государственной Думы VIII созыва, первый зам. председателя Комитета Государственной Думы по вопросам семьи, женщин и детей; **Макарова Светлана Геннадьевна**, зам. директора ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, зав. отделом профилактической педиатрии; **Ясаков Дмитрий Сергеевич**, канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отдела профилактической педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; **Бакович Елена Анатольевна**, врач-педиатр амбулаторного отдела ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России.