

Психогенно обусловленные расстройства приема пищи у детей раннего возраста и способы их коррекции

О.Н. Комарова, А.И. Хавкин

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва

Psychogenic eating disorders in infants and ways of their correction

O.N. Komarova, A.I. Khavkin

Research Clinical Institute of Pediatrics, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Расстройство приема пищи наблюдается у детей на разных этапах развития. Это состояние может быть обусловлено сопутствующими заболеваниями, органической патологией или психогенными причинами. Начиная с периода новорожденности у ребенка формируется пищевое поведение, которое во многом зависит от тех взаимоотношений, которые складываются между ним, его матерью и другими членами семьи. К расстройствам приема пищи может приводить любое нарушение детско-материнских отношений: неадекватное поведение матери, избыточность или недостаточность родительского внимания. Лечение расстройства приема пищи предусматривает комплексный подход, включающий поведенческую и диетологическую коррекцию, которая рассматривается в настоящей статье.

Ключевые слова: дети раннего возраста, отказ от пищи, расстройство питания, расстройство приема пищи, нарушение пищевого поведения.

Eating disorder is observed in infants at different developmental stages. This condition may be caused by comorbidities, organic diseases, or psychogenic causes. After birth, a child's eating behavior evolves, which largely depends on the relations arising between him, his mother, and other family members. Eating disorders may be caused by an impaired child-mother relationship: inadequate maternal behavior, excessive or poor parenteral attention. The treatment of eating disorders involves a comprehensive approach, including behavioral and dietary correction that is considered in this paper.

Key words: infants, apastia (avoidance of food), malnutrition, eating disorders, eating behavior disorders.

Расстройство приема пищи характерно для детей любого возраста и часто сопутствует широкому спектру патологий: логопедической, неврологической, врожденной патологии сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени, желудочно-кишечного тракта, метаболическим заболеваниям. Так, по данным литературы, трудности при вскармливании преобладают у детей-инвалидов и отмечаются в среднем у 80% пациентов. Однако эти нарушения распространены и у детей с нормальным развитием — по статистике у каждого четвертого ребенка раннего возраста отмечаются трудности при употреблении пищи [1, 2].

При отсутствии органических причин расстройств питания нарушение пищевого поведения может оказаться единственной причиной отказа от приема пищи. В МКБ-10 (1994) под кодом F50 описаны «Расстройства приема пищи, относящиеся к психогенным поведенческим синдромам, которые связаны с нарушениями в приеме пищи».

Расстройство приема пищи может наблюдаться с периода новорожденности. Именно с данного

возраста формируется пищевое поведение ребенка, которое во многом зависит от взаимоотношений, складывающихся между ним и его матерью. Формирование пищевого поведения на первом году жизни происходит в соответствии с нижеуказанными периодами вскармливания [3].

Период исключительно грудного вскармливания начинается с момента первого прикладывания к груди и продолжается до появления у ребенка интереса к воде и пище взрослых — примерно к 4—6 мес жизни. К этому времени созревают ферменты желудочно-кишечного тракта и происходит подготовка пищеварительной системы к возможности знакомства с новой пищей в следующем периоде вскармливания.

Период переходного питания — от начала немолочного питания до формирования способности потреблять рацион, используемый для общего стола с выделением нескольких подпериодов:

— *период адаптации к прикорму* — от начала введения педагогического прикорма (см. ниже) до полного формирования прикорма в качестве источника энергии, солей, витаминов. В данный период грудное молоко способствует оптимальной метаболизации нутриентов, обеспечивая адаптацию к рациону, последующим за молочным периодом питания;

— *период значимых (энергетических) прикормов* — сохранение двух прикладываний к груди;

— *период отлучения* — менее двух прикладываний к груди.

© О.Н. Комарова, А.И. Хавкин, 2015

Ros Vestn Perinatol Pediat 2015; 2:108—113

Адрес для корреспонденции: Комарова Оксана Николаевна — к.м.н., ст.н.с. отделения гастроэнтерологии НИКИ педиатрии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Хавкин Анатолий Ильич — д.м.н., проф., рук. указанного отделения
125412 Москва, ул. Талдомская, д. 2

В основе формирования пищевого поведения в периоде исключительно грудного вскармливания лежат биологические причины, связанные с запаховыми и зрительными ассоциациями. С момента первого прикладывания к груди ребенок дифференцирует запах своей матери и соответственно предпочитает его другим. Данные литературы свидетельствуют о более ярком предпочтении лица матери в ситуации выбора у новорожденных в возрасте 7—23 дней жизни. Ребенок реагирует также на тепло матери и вкус материнского молока. В первые 2 мес жизни ребенок может сосать молоко как в период бодрствования, так и во сне. Совместный сон с матерью в сочетании с кормлением вызывает у ребенка чувство безопасности, необходимое для формирования полноценной уравновешенной психики.

По мере взросления, с 3-месячного возраста, поведение ребенка во время кормления меняется. Он может отвлекаться, отталкиваясь от груди руками и ногами, выгибаясь дугой, или сжимать грудь деснами, вызывая болезненные ощущения. Это первые действия ребенка, направленные на отделение своего «я» от «я» матери. Спустя 2 мес ребенок начинает отвлекаться во время кормления на любой стимул извне: звук, шорох, движение. Эта особенность поведения становится характерной с 5-месячного возраста.

С 5—7-месячного возраста период исключительно грудного вскармливания завершается в связи с появлением у ребенка интереса к пище взрослых. В данном возрасте происходят изменения в его пищеварительном тракте — созревание и повышение активности ряда пищеварительных ферментов; усиление секреции соляной кислоты; уменьшение повышенной проницаемости слизистой оболочки кишечника: созревание гликопротеидного компонента слизи, снижение текучести мембран энтероцитов; формирование достаточного уровня местного иммунитета кишечника (повышение уровня секреторного иммуноглобулина А), а также созревание механизмов, позволяющих малышу проглатывать полужидкую и твердую пищу (отмечается угасание «рефлекса выталкивания ложки»), и появление способности поддерживать туловище в вертикальном положении. Все это диктует необходимость введения продуктов прикорма.

В данном возрасте начинается знакомство с новой пищей и адаптация к ней. У ребенка появляется активный пищевой интерес, который состоит в желании попробовать новую пищу. Можно приучать малыша к совместной трапезе за одним столом. Однако рекомендуется вводить в рацион питания ребенка продукты, которые разрешены для данного возраста в соответствии с принятой схемой введения продуктов и блюд прикорма. Очень важно предлагать ребенку пищу с определенной степенью измельчения в зависимости от возраста (от гомогенизированных до пюрированных, мелко- и крупноизмельченных).

Основываясь на собственном опыте, мы считаем, что понятие педагогического прикорма подразумевает знакомство с новой пищей и адаптацией к ней в рамках разрешенного и не включает употребление пищи с общего стола — шей, хлеба, котлет, баранок и т.п., так как употребление данных продуктов не является физиологичным и, более того, может быть крайне опасным (например, возможность аспирации крошкой хлеба).

Знакомство с пищей взрослых может продолжаться до 8—12 мес жизни. Примерно в этом возрасте у малыша появляется потребность не только попробовать какой-либо продукт, но и насытиться им, что обозначается периодом значимых (энергетических) прикормов. На данном этапе ребенок начинает использовать пищу именно для удовлетворения потребности в энергии.

Этап отлучения от груди начинается в период между 1,5 и 2 годами жизни. Как правило, он совпадает с инволюцией молочной железы и заканчивается полным отказом ребенка от грудного вскармливания. В данный период малыш практически полностью переходит на общий рацион питания.

Среди периодов формирования пищевого поведения выделяются два особенно критических, в которых прослеживается выраженная привязанность к матери со стороны младенца [4]. Это первые часы—дни жизни ребенка и затем возраст 8—9 мес. В основе формирования первого периода, как указано выше, лежат биологические причины, а в 8—9-месячном возрасте — сложные эволюционные и психологические механизмы, такие как уверенность в защищенности, страх. Объективное наличие этого периода известно давно и проявляется в настороженности по отношению к незнакомцу, начиная с 8-го месяца жизни.

Следовательно, любое нарушение отношений между матерью и ребенком в указанные периоды (неадекватное поведение матери, разлука и т.п.) может приводить к расстройствам приема пищи. В основе формирования таких расстройств питания, носящих психологический характер, лежит конфликт, возникающий во время кормления между родителями и ребенком. Родители (или лица, ухаживающие за ребенком), исполняя свой родительский долг, принуждают к приему пищи или кормят насильно, тогда как ребенок отказывается от кормления [1].

Специалистами клиники Wolfson (Израиль), в частности, А. Levin и соавт., разработаны критерии отказа от пищи (критерии Wolfson), которые мы активно используем в работе:

- стойкий отказ от пищи в течение более 1 мес;
- отсутствие других очевидных заболеваний, способных вызвать отказ от приема пищи;
- возраст манифестации — у детей моложе 2 лет, возраст на момент постановки диагноза — моложе 6 лет;

— наличие как минимум одного признака — неправильные типы питания или рвотные движения [5, 6].

Выделены неправильные типы кормления, которые приводят к нарушению пищевого поведения ребенка. Один из них — ночное кормление во время сна, когда, пытаясь восполнить недостающий объем питания, мать начинает кормить ребенка. Как правило, во время сна дети, находящиеся на грудном вскармливании или получающие смесь через бутылочку, охотно съедают все предложенное. В результате они насыщаются и отказываются принимать пищу днем.

Другой причиной отказа ребенка от кормления является запрограммированное расписание, т.е. кормление по времени с употреблением заданного необходимого количества еды. Это стандартная врачебная рекомендация, которую родители старательно выполняют. Вместе с тем в данной ситуации не учитываются возникающие индивидуальные потребности ребенка, который сам регулирует свои потребности, определяя частоту и количество необходимой пищи.

Когда родители пытаются накормить ребенка запрограммированным объемом, а он ест неохотно, такое кормление растягивается во времени. Продолжительное (более 30 мин) кормление также способствует существенному сокращению интервала до следующего кормления, а следовательно, ребенок еще не успевает проголодаться. Обычно дополнением к «неохотному» потреблению пищи являются развлечения во время еды. Это не только не разрешает, а, напротив, усугубляет проблему, способствуя стойкому отказу ребенка от еды.

Результатом неправильного кормления часто бывает возникновение рвотных позывов в начале кормления, когда соска бутылочки или ложечка касаются губ ребенка или пища попадает в рот, но еще не проглочена. Вариантом отказа от еды неорганического характера может быть рвота, возникающая уже при виде пищи.

Развитие расстройства питания вплоть до стойкого отказа возможно в результате травматического или связанного с ним воздействия (например, постановка назогастрального зонда), эпизода удушья, тяжелой рвоты или аспирации. В такой ситуации ребенок нередко отказывается от приема пищи из одной посуды, но соглашается на прием пищи из другой или только из бутылочки. Если прием пищи сопровождается травмирующими переживаниями, кормление становится главным источником беспокойства для малыша и отказ от кормления уменьшает его беспокойство.

Психиатрами выделяются четыре основные формы расстройств пищевого поведения, преимущественно связанные с нарушениями детско-материнских отношений:

— регургитационные и жевательные расстройства в младенческом возрасте;

— нервная анорексия у младенцев (инфантильная анорексия);

— пищевое недоразвитие;

— постоянное поедание несъедобных веществ.

Регургитационные и жевательные расстройства — это отрыгивания пищи с дальнейшим пережевыванием и проглатыванием. Наблюдаются в возрасте 3—12 мес и могут продолжаться в течение 2—6 лет. В основе данного расстройства лежит как избыточность, так и недостаточность родительского внимания. В отдельных случаях жвачка является замещающей формой поведения, приносящей удовлетворение. В соответствии с нейрхимической гипотезой, одним из основных условий продукции опиатов, в частности, содержащихся в организме эндорфинов, является фактор привязанности. При низком уровне привязанности или полной депривации появляются условия для развития эндогенной эндорфиновой недостаточности. В этом случае пережевывание пищи, возможно, стимулирует продукцию эндорфинов. По мнению Б.Е. Микиртумова и соавт., регургитационные и жевательные расстройства следует рассматривать как результат взаимодействия биологических (пороки развития, неврологические и инфекционные заболевания, перинатальная патология), депривационных факторов или факторов гиперстимуляции (поведение матери), а также фактора развития самого ребенка (усвоенные модели поведения, купирование эндорфиновой недостаточности и т.д.) [7].

Нередкой причиной отказа от питания является инфантильная анорексия [4]. Выделяют несколько диагностических критериев данного состояния: активный или пассивный отказ от пищи, избирательность в еде и недоедание.

При активном отказе от пищи ребенок поворачивает голову в сторону, отказывается открывать рот, сосать и глотать. Пассивный отказ сопровождается отвращением к возрастному рациону, формированием необычных пищевых предпочтений. Симптомы этого состояния чаще возникают во время перехода от жидкого питания к твердому, а также к самостоятельному питанию. Заподозрить наличие инфантильной анорексии возможно при следующей симптоматике: ребенок не сообщает о том, что голоден, у него отсутствует интерес именно к пище, однако во все остальное время, кроме кормления, он интересуется окружающей обстановкой и взаимодействует с лицами, которые за ним ухаживают. Избирательность при приеме пищи выражается в специфических предпочтениях определенных продуктов. Ребенок отказывается есть некоторые продукты определенного вкуса, цвета, запаха. Неприятие может проявляться гримасой отвращения, выплевыванием, рвотными движениями или рвотой. К инфантильной анорексии относят продолжительные расстройства, длящиеся более 3 мес, так как более кратковременные снижения аппетита

часто связаны с введением новых продуктов, семейными переменами (рождение брата или сестры), изменениями в уходе, госпитализацией в стационар. Наиболее часто от недоедания страдают дети, находящиеся на грудном вскармливании, чаще в связи с тем, что матери неадекватно реагируют на голодный плач ребенка. Но нередко дети с инфантильной анорексией мало плачут, они сонливы, и матери не испытывают затруднений при уходе за ними. При отсутствии нутритивной поддержки у детей развивается недостаточность питания, которая требует коррекции. Некоторые матери, напротив, не замечают признаков насыщения и продолжают насильно кормить, что вызывает сопротивление ребенка.

Для пищевого недоразвития характерно отсутствие достаточного ухода за ребенком. Чаще ситуация характерна для семей с низким социальным положением, а также матерей с психическими проблемами [7].

Характерной особенностью расстройства, сопровождаемого постоянным потреблением несъедобных веществ, является отсутствие других психических нарушений, которые могли бы вызвать такое поведение (ранний детский аутизм, детская шизофрения). Дети поедают краску, гипс, тесемки, волосы, одежду. Более старшие дети могут есть испражнения животных, собственные фекалии, песок, насекомых, листья или гальку, отвращение к пище отсутствует. Начало расстройства диагностируют обычно в возрасте от 12 до 24 мес. Малыши с подобным поведением нередко имеют задержку психического развития. Чаще это дети из социально неблагополучных семей, не имеющие должного надзора или дети из конфликтных семей. При этом отсутствуют доказательства того, что поедание несъедобного является попыткой удовлетворить недостаток в питании [7].

Как правило, все перечисленные выше состояния отказа от пищи сопровождаются задержкой темпов физического развития и, прежде всего, массы тела. Вместе с тем симптоматический отказ ребенка от пищи при наличии органических и неорганических причин имеет безусловное сходство и подлежит коррекции сходными методами.

Основным методом коррекции данного состояния считают прекращение «патологического кормления». По рекомендациям специалистов клиники Wolfson [6], родители должны уважать отказ ребенка от еды или отсутствие у него интереса к пище, поскольку это единственное, чем ребенок может манипулировать взрослыми. Если ребенок раньше времени прекращает прием пищи, в том числе и при кормлении из бутылочки, нужно предложить ему пищу через несколько минут. При повторном отказе следует завершить кормление и следующий прием пищи проводить не ранее чем через 3 ч, а лучше — когда малыш проголодается. Естественное чувство голода должно быть единственной мотивацией для приема пищи. Частые приемы

пищи и перекусы подавляют нормальное чувство голода, поэтому необходимо внимательнее относиться к желанию и потребностям ребенка.

На начальных этапах коррекции «патологического кормления» у большинства детей происходит уменьшение потребления прежнего объема пищи. Это сопряжено с сильными переживаниями и тревогой со стороны родителей. Для достижения положительных результатов нужно проводить целенаправленную работу с родителями для снижения степени их тревожности. Родителям в такой ситуации зачастую необходима психологическая и психотерапевтическая помощь.

Часто отказы от еды сопутствуют этапу введения прикорма с ложки. При отказе от ложки нужно продолжать кормление из бутылочки еще на протяжении 1 мес, подбирая соответствующие жидкие продукты прикорма. Аналогичны рекомендации для детей, которые отказываются от пищи определенной консистенции (чаще более плотной или пищи кусочками): вернуться к пище той консистенции, которую ребенок ел охотно, а далее пытаться вновь ввести блюда в рацион. У детей с расстройством питания нередко вырабатываются адаптивные способы подавления голода и оральной активности: ребенок пьет много воды, длительно сосет пустышку, что может заменить ему кормление, в связи с чем следует ограничить потребление жидкости и применение пустышки [5].

При коррекции синдрома с систематическим поеданием несъедобных веществ необходим контроль поведения ребенка для ограничения его доступа к поедаемому (бумаге, коврам и т.п.). При регургитационных и жевательных расстройствах терапия включает сужение круга ухаживающих за ребенком лиц для обеспечения постоянства и прочности эмоциональных связей, дозированное увеличение внимания, прежде всего матери [7].

Применение описанных выше рекомендаций у пациентов с расстройством питания эффективно в 85% случаев, неэффективность у остальных 15% определяется несогласием родителей, которым требуется серьезная работа с психологом, а в ряде случаев и с психиатром [6].

Помимо поведенческих методов коррекции ребенку с отказами от пищи (с целью профилактики недостаточности питательных веществ) рекомендован индивидуальный подбор питания. Когда малыш отказывается от пищи, потребляя малый суточный объем, необходимо усилить питание: для ребенка, находящегося на естественном вскармливании, — ввести докорм смесью; для ребенка на искусственном вскармливании следует подобрать смесь с большей калорийностью и содержанием основных пищевых веществ. В настоящее время широко применяют продукты энтерального питания, являющиеся нормо- или гиперкалорическими, или преформулы, со-

держание больше белка по сравнению с первыми и вторыми формулами, а также имеющие в своем составе жирные кислоты со средней длиной цепи, которые способны всасываться в систему воротной вены без предварительного расщепления липазой в кишечнике. Другим вариантом является использование модулей – белковых, углеводных, жировых. Например, для дополнительного энергетического обеспечения можно обогатить рацион питания полимерами глюкозы и/или среднецепочечными триглицеридами. При выявлении нарушений расщепления/всасывания пищевых ингредиентов целесообразно применение лечебных продуктов – смесей на основе высокогидролизованного молочного белка со среднецепочечными триглицеридами.

Пациентам с расстройством приема пищи необходимо подбирать питание в соответствии с их вкусовыми предпочтениями. Для детей старше 12 мес можно рекомендовать молочные коктейли с добавлением натуральных компонентов, например, экстракта ванили или порошка какао (марка «ФрутоНяня»). Молочные коктейли «ФрутоНяня» имеют сложную углеводную композицию (сахара, кукурузный крахмал или каррагинан); это способствует формированию быстрого насыщения, длительного чувства сытости ребенка, а также является альтернативой сладкому блюду. 100 мл молочного коктейля «ФрутоНяня» – это дотация 15% от суточной потребности углеводов и до 40% кальция для ребенка 1–2 года жизни (см. таблицу).

Таким образом, существуют различные методы коррекции питания у детей. Качественный и количественный состав пищи необходимо рассчитывать строго индивидуально, в зависимости от возраста, степени недостаточности питания, сопутствующей патологии.

При назначении диетотерапии рекомендуется постепенное увеличение пищевой нагрузки с учетом толерантности ребенка к пище. Для пациентов первого года жизни при недостаточности питания легкой степени расчет питания проводится на должную массу тела. Необходимо также учитывать наличие

у ребенка заболеваний, при которых требуется повышение энергетической ценности рациона питания (например, бронхолегочная дисплазия, врожденные пороки сердца и т.д.).

Алгоритм пошаговой коррекции недостаточности питания средне-тяжелой степени выглядит следующим образом: в первые 2–5 дней (период адаптации) расчет питания проводится на фактическую массу тела, число кормлений увеличивается на 1–2. Затем следует период репарации (5–7 дней), когда расчет питания проводится на должную массу тела. При достижении ребенком должной массы дальнейшее питание назначается в соответствии с возрастом и заболеванием. При отсутствии достижения должной массы рекомендуется период усиленного питания (повышение калорийности рациона до 130–145 ккал/кг в сутки, белка до 4,5 г/кг в сутки) на 1–2 мес [9].

Питание ребенок получает через рот при сохранном сосательном рефлексе и глотании. В тяжелых случаях (при тяжелой недостаточности питания) доставка грудного молока/смеси осуществляется через зонд и/или дополняется парентеральным питанием.

Начиная с периода репарации целесообразна заместительная ферментотерапия препаратами поджелудочной железы, коррекция железодефицитной анемии, рахита, назначают поливитаминные комплексы и средства, положительно влияющие на обменные процессы. Взвешенная метаболическая и диетологическая коррекция способствует восстановлению нарушенной трофической цепи организма.

Расстройство приема пищи у детей, связанное с психогенными причинами, является сложной проблемой, требующей одновременного наблюдения пациента не только психологом/психиатром (коррекция пищевого поведения), но и диетологом (коррекция питания). Для исключения сопутствующей и органической патологии необходима консультация врачей-специалистов: гастроэнтеролога, невролога, генетика, логопеда. Таким образом, только комплексный подход к лечению способствует достижению максимального клинического результата.

Таблица. Пищевая ценность молочных коктейлей «ФрутоНяня»

	Коктейль с ванилью		Коктейль с какао	
	в 100 г	% от суточной потребности ребенка 1–2 лет в одной порции 200 мл*	в 100 г	% от суточной потребности ребенка 1–2 лет в одной порции 200 мл*
Углеводы, г	7,7	8,9	10,0	11,5
Белок, г	2,7	15,0	5,5	15,6
Жир, г	2,1	10,5	2,8	12,7
Кальций, мг	90–160	22,6–40,0	90–160	22,6–40,0
Энергетическая ценность, кДж/ ккал	253,3/60,5	10,0	320/76,4	12,8

Примечание. * Процент от нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для детей и подростков в РФ [8].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Chatoor I.* Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children. Washington, DC: Zero to Three, 2009; 256.
2. *Lindberg L., Bohlin G., Hagekull B.* Early feeding problems in a normal population. *Int J Eating Dis* 1991; 10: 395–405.
3. *Фатеева Е.М., Цареградская Ж.В.* Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать – дитя». М: Агар 2000; 184. (Fateeva E.M., Tsaregradskaya Zh.V. Breastfeeding and psychological unity «Mother child». Moscow: Agar 2000; 184.)
4. *Levine A., Bachar L., Tsangen Z. et al.* Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *J Pediat Gastroenterol Nutr* 2011; 52: 5: 563–568.
5. *Chatoor I.* Child feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiat Clin North Am* 2002; 11: 2: 163–183.
6. *Levy Y., Levy A., Zangen T.* Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *J Pediat Gastroenterol Nutr* 2009; 48: 3: 355–362.
7. *Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В.* Клиническая психиатрия раннего детского возраста. Ст-Петербург: Питер 2001; 256. (Mikirtumov B. E., Koshchavtsev A.G., Grechany S. V. Clinical psychiatry of early children's age. St-Petersburg: Piter 2001; 256.)
8. *Тутельян В.А., Конь И.Я., Каганов Б.С.* Питание здорового и больного ребенка. 8-е издание. М: Династия 2014; 270. (Tutelyan V.A., Kon I.Ya., Kaganov B. S. Food of the healthy and sick child. 8th edition. Moscow: Dinastiya 2014; 270.)
9. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Под ред. А.А. Баранова, В.А. Тутельяна. М 2010; 68. (The national program of optimization of feeding of children of the first year of life in the Russian Federation. A.A. Baranov, V.A. Tutelyan (eds). М 2010; 68.)

Поступила 24.02.15