

С.Г. Макарова^{1, 2}¹ Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация

Практические рекомендации по введению прикорма

Контактная информация:

Макарова Светлана Геннадиевна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела по клиническим исследованиям в педиатрии НЦЗД, профессор кафедры аллергологии и клинической иммунологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (495) 967-04-20, e-mail: sm27@yandex.ru

Статья поступила: 10.12.2015 г., принята к печати: 25.12.2015 г.

Несмотря на то, что уже несколько лет существует национальный согласительный документ, где подробно описаны современные подходы к питанию детей первого года жизни, педиатры до настоящего времени дают самые разные рекомендации по срокам введения прикорма. В статье представлен краткий исторический обзор, а также современный взгляд на проблему введения прикорма детям. В прошлом веке в нашей стране так же, как и в большинстве стран Европы, было принято начинать введение прикорма ребенку в возрасте 2 или даже 1,5 мес. В 2002 г. Всемирная организация здравоохранения выступила с инициативой по поддержке грудного вскармливания и предложила не вводить прикорм до 6 мес. В настоящее время на основании исследований и в ходе длительной дискуссии между специалистами по питанию разных стран достигнута, по всей видимости, некая «золотая середина» — оптимальный возраст для начала введения прикорма определен всеми научными сообществами и национальными рекомендациями большинства стран как «от 4 (полных) месяцев до 6 (полных) месяцев» при определенном индивидуальном подходе.

Ключевые слова: грудной возраст, питание, прикорм, пищевая аллергия, гипоаллергенные продукты прикорма.

(Для цитирования: Макарова С.Г. Практические рекомендации по введению прикорма. Педиатрическая фармакология. 2015; 12 (6): 697–704. doi: 10.15690/pf.v12i6.1495)

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на значительное число публикаций по теме прикорма, а также наличие национального согласительного документа «Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» [1], от педиатров до настоящего времени исходят самые разные рекомендации по срокам введения прикорма, и многие устаревшие к настоящему времени представления прочно «прижились» на популярных сайтах и становятся достоянием широкой общественности. Однако наибольшую озабоченность вызывает то, что ряд устаревших рекомендаций используют в своей практике преподаватели педиатрических кафедр вузов.

Цель настоящей статьи состоит в том, чтобы дать короткий ретроспективный обзор изменения взглядов на введение прикорма, а также охарактеризовать современные практические рекомендации с тем, чтобы еще раз обратить внимание педиатров на эту важную в практическом отношении тему.

НЕМНОГО ИЗ «НОВЕЙШЕЙ» ИСТОРИИ ПРИКОРМОВ

В 2002 г. после нескольких лет дебатов Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила рекомендации, согласно которым младенцы должны находиться исключительно на грудном вскармливании в пер-

S.G. Makarova^{1, 2}¹ Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation² Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

Practical Recommendations on Supplemental Feeding Introduction

Despite the availability of a national consensus document describing in detail modern approaches to feeding infants, pediatricians keep on giving most diverse recommendations on the time of supplemental feeding introduction. The article presents a brief historical review, as well the modern view on the issue of introduction of supplemental feeding to children. In the previous century, it was common both in Russia and most European countries to introduce supplemental feeding to children at the age of 2 or even 1.5 months. In 2002, the World Health Organization put forward an initiative in support of breastfeeding and recommended not to introduce supplemental feeding before the age of 6 months. A certain “golden mean” has apparently been achieved on the basis of results of studies and a long-term discussion among the specialists in feeding from different countries — all scientific communities and national recommendations of most countries define the optimal age for supplemental feeding introduction as “from 4 (completed) months to 6 (completed) months” with certain individual approach.

Key words: infancy, nutrition, supplemental feeding, food allergy, hypoallergenic supplemental feeding formulas.

(For citation: Makarova S.G. Practical Recommendations on Supplemental Feeding Introduction. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2015; 12 (6): 697–704. doi: 10.15690/pf.v12i6.1495)

вые 6 мес жизни, «чтобы достичь оптимального роста, развития, и здоровья» [2]. Эта позиция была поддержана многими европейскими странами.

Следует отметить, что такие строгие рекомендации ВОЗ в отношении сроков введения прикорма во многом были основаны на результатах исследований, проведенных в развивающихся странах, с учетом приоритета поддержки грудного вскармливания и продиктованы следующими соображениями [3]:

- «грудное молоко может быть вытеснено пищей для прикорма, и это приведет к уменьшению выработки грудного молока, а, значит, и к риску недостаточного потребления ребенком энергии и пищевых веществ;
- грудные дети подвергаются воздействию болезнетворных микробов, присутствующих в продуктах питания и жидкостях, которые могут быть заражены, и тем самым увеличивают риск диспептических заболеваний и, следовательно, недостаточности питания;
- угроза диспептических заболеваний и пищевых аллергий увеличивается вследствие незрелости кишечника, и из-за этого возрастает риск недостаточности питания;
- к матерям быстрее возвращается фертильность, т.к. снижение сосания груди уменьшает период, в течение которого подавляется овуляция».

Как видно из перечисленного, все эти аргументы наиболее актуальны для стран с низким уровнем жизни и плохими санитарно-гигиеническими условиями, где введение младенцу иной пищи, помимо грудного молока, связано в первую очередь с риском инфицирования.

В 2005 г. Американская академия педиатрии также высказала мнение, что «исключительно грудное вскармливание достаточно для поддержки оптимального роста и развития в течение приблизительно первых 6 мес жизни» [4].

Все эти рекомендации, сопровождаемые активной пропагандой грудного вскармливания и целым комплексом мер по его поддержке, осуществленных ВОЗ, позволили значительно увеличить частоту естественного вскармливания детей первого года жизни. Так, в США в период между 2003 и 2006 г. частота исключительно грудного вскармливания детей в возрасте 3 и 6 мес выросла с 29,6 до 33,6% и с 10,3 до 14,1%, соответственно [5]. В Европе также были улучшены показатели исключительно грудного вскармливания в промежутке между 2002 и 2007 г. [6]. В Соединенном Королевстве сравнение национальных данных, собранных в 2000 и 2005 гг., показало, что с изменением политики в отношении грудного вскармливания и прикорма произошел сдвиг в сторону более позднего введения прикорма [7]. Так, доля детей, прикорм которым был введен в возрасте 4 мес, упала с 85 (примерно 1/3 из этих детей получали прикорм до 17 нед) до 51%, а доля детей, получающих прикорм ранее 3 мес, уменьшилась более чем вдвое — с 23 до 10% [7].

Рекомендация экспертов ВОЗ для Европейского региона в настоящее время не является столь категоричной и состоит в том, что на первом году жизни «оптимальным является исключительно грудное вскармливание, начиная с рождения до примерно 6 мес и не менее, чем в течение первых 4 мес жизни» [3]. Согласно тем же рекомендациям, «...некоторым детям может понадобиться прикорм раньше 6 мес, но вводить его до 4 мес не следует. На необходимость введения прикорма до 6 мес может указывать то, что ребенок выглядит голодным после неограниченного кормления грудью», а также недостаточная прибавка массы тела в отсут-

ствии какой-либо болезни, что должно определяться на основании 2–3 оценок подряд и с использованием рекомендованных таблиц оценки массо-ростовых показателей [3].

В согласительных документах Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN) всегда подчеркивалось, что не существует достаточных оснований для того, чтобы не рекомендовать введение прикорма в период от 4 до 6 мес на фоне сохранения грудного вскармливания [8]. Согласно рекомендациям ESPGHAN, прикорм не должен быть введен в рацион ребенка ранее 17-й нед, но все дети должны начать прикорм с 26-й нед жизни.

Считается, что в тех случаях, когда прикорм вводится слишком поздно, возникает вероятность недостаточного поступления энергии, задержки роста и недостаточности питания, в т.ч. дефицита микронутриентов, особенно железа и цинка. Еще одним следствием слишком позднего введения прикорма является то, что может быть не обеспечено в срок оптимальное развитие таких моторных навыков, как жевание, а также эмоциональная составляющая питания — положительное восприятие ребенком нового вкуса и структуры пищи [3].

В результате, несмотря на продолжающиеся дебаты [7], в настоящее время период 4–6 мес приводится как оптимальный для введения прикорма в национальных рекомендациях промышленно развитых стран.

ВОЗРАСТ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА И ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Согласно анализу имеющихся данных, проведенному EFSA (European Food Safety Authority), соблюдение рекомендаций по исключительно грудному вскармливанию до 6 мес не связано с риском дефицита нутриентов у ребенка в тех случаях, когда мать сама полностью обеспечена не только макро-, но и микронутриентами — витаминами, минеральными веществами, длинноцепочечными полиненасыщенными жирными кислотами и др. [9]. В отношении возраста введения прикорма в пределах диапазона между 4 и 6 мес отмечено, что он не имеет влияния на скорость роста (массу и длину тела) [9, 10]. В то же время позднее (после 6 мес) введение прикорма может привести к снижению массо-ростовых показателей. Напротив, раннее (в период от 3 до 4 мес) введение прикорма может способствовать увеличению массы тела ребенка, что может иметь долгосрочные негативные последствия в отношении повышенного риска развития ожирения, диабета 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний во взрослой жизни [9]. Слишком раннее введение прикорма ассоциирует также с избыточной массой тела или ожирением у детей в двухлетнем возрасте [11].

Ниже представлена сводная таблица рекомендаций европейских стран в отношении сроков введения прикорма, из которой видно, что несмотря на некоторые отличия в национальных рекомендациях, все научные сообщества и эксперты по питанию сходятся во мнении, что прикорм не должен вводиться ранее 4 и позднее 6 мес жизни ребенка (табл. 1).

Исследования, проведенные за последние годы в отношении влияния различных сроков введения прикорма на развитие и состояние здоровья детей, не дали повода к изменению существующих рекомендаций, и эксперты ESPGHAN подтверждают, что в настоящее время рекомендации остаются прежними: прикорм должен быть введен не ранее 17 и не позднее 26 нед жизни ребенка [12].

Таблица 1. Рекомендации по возрасту введения прикорма в странах Европы (по [9], приводится с сокращениями)

Страна	Год создания Рекомендаций*	Рекомендуемый возраст начала введения прикорма
Бельгия	2006	4–6 мес
Чехия	–	Отсутствие общих рекомендаций. Индивидуальные рекомендации в зависимости от здоровья и развития младенца и его специфических потребностей
Кипр	–	Около 6 мес, но не ранее 4 мес
Дания	2009	Около 6 мес. Если прикорм назначается раньше, то это не должно быть ранее 4 мес
Эстония	2006	После 6 мес. Ранее только по медицинским показаниям
Финляндия	2004	Индивидуально, но не позднее 6 мес
Германия	–	Не раньше начала 5 мес и не позднее начала 7 мес жизни
Греция	–	Не ранее 4 и не позднее 6 мес
Венгрия	2009	Около 6 мес, в случае недостаточной лактации — не ранее 4 мес
Ирландия	2008, 1999	Детям, находящимся на искусственном вскармливании, следует начинать прикорм не ранее 17 нед (около 4 мес) и не позднее 26 нед (около 6 мес)
Италия	2009	Возраст начала прикорма следует обсудить с педиатром
Латвия	2003	После 6 мес
Литва	2005	С 6 мес
Мальта	–	Около 6 мес
Нидерланды	–	Начинать с 6 мес
Норвегия	–	После 6 мес для детей на грудном вскармливании, при необходимости ранее, но самое раннее — с 4 мес. Детям на искусственном вскармливании — между 4-м и 6-м мес
Румыния	–	Когда ребенок готов по своему развитию — для большинства детей в промежутке между 4 и 6 мес жизни. Оптимально — с 5,5 до 6 мес
Словакия	2008	Около 6 мес, но не ранее 4 мес
Словения	–	Не ранее 17 нед (119 дней) и не позднее 26 нед (182 дней) жизни
Испания	–	С 4–6 мес жизни
Швеция	2003	Около 6 мес
Великобритания	2008	Около 6 мес

Примечание. * — отсутствие ссылки на год означает отсутствие на момент публикации таблицы конкретного национального документа; имеются в виду рекомендации национальных министерств, а также консультантов и специалистов по питанию.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОГРАНИЧЕНИЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САХАРА В ПИТАНИИ

По всей видимости, широкое применение простых сахаров (моно- и дисахаридов) в питании в XX в. является глобальной ошибкой человечества. Согласно данным ВОЗ, избыточное потребление простых сахаров является одним из важнейших факторов, ухудшающих здоровье населения Земли [13]. В 2015 г. экспертами ВОЗ был предложен ряд мер по ограничению потребления простых сахаров, которые отражены в документе «Руководство по потреблению сахаров взрослыми и детьми» [14]. Согласно этому документу, рекомендуется поддерживать сниженные уровни потребления простых сахаров как в детском возрасте, так и на протяжении всей жизни: «Уровни потребления свободных сахаров взрослыми и детьми следует снизить до менее 10% от общей калорийности потребляемых продуктов, а дальнейшее снижение до менее 5% обеспечит дальнейшее преимущества для здоровья». Планируется ряд мер, включая ограничения для маркетинга и рекламы, с целью снижения потребления детьми продуктов, богатых простыми сахарами [15].

Именно поэтому современные продукты прикорма не содержат сахара, и всем нам (совместными усилиями

родителей, педиатров и производителей детского питания) следует приучать ребенка к другим вкусам, избегая привычных представлений о том, что что-то вкусное для ребенка — обязательно сладкое.

Фруктовые соки являются продуктом с высоким естественным содержанием сахара, и еще один аргумент против их раннего введения был получен в исследовании DAISY, в которое были включены 1835 детей с генетической предрасположенностью к сахарному диабету 1-го типа, где было показано, что раннее (ранее 4 мес) введение прикорма (особенно фруктовых соков), так же как и отсроченное введение (позже 6 мес), увеличивает риск развития сахарного диабета [16].

ВОЗРАСТ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА И ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИИ

Важным фактором для определения оптимального возраста для введения прикорма является зрелость кишечного барьера ребенка. Недостаточная активность пищеварительных ферментов и высокая проницаемость кишечной стенки для макромолекул является фоном, способствующим сенсibilизации к новым чужеродным белкам, поэтому при определении сроков введения прикорма большое значение сыграли исследования влияния

различных схем введения продуктов прикорма на развитие сенсibilизации и аллергии в дальнейшем. Показано, что введение прикорма ранее 4 мес повышает риск развития атопического дерматита у детей независимо от наличия или отсутствия аллергической предрасположенности [17, 18], и в недавнем прошлом рекомендовалось отсроченное введение прикорма детям из группы риска по развитию аллергии, т.е. тем детям, у которых один или более ближайших родственников (отец, мать или сибс) страдают от аллергического заболевания. Однако этот подход себя не оправдал, и в последние годы на основании результатов проведенных исследований и мета-анализов взгляды на возраст введения прикорма детям из группы риска пересмотрены [19]. Так, например, если в рекомендациях Американской академии педиатрии 2000 г. еще предлагается отсроченное введение ряда продуктов у этой категории детей (коровье молоко в питание ребенка рекомендуется вводить после 1, куриные яйца — после 2, арахис, орехи и рыбу — после 3 лет) [20], то в 2008 г. были опубликованы поправки к этим рекомендациям [21], заключающиеся в более раннем введении так называемых высокоаллергенных продуктов.

Поскольку в результате хорошо спланированных исследований, отвечающих принципам доказательной медицины, не было получено свидетельств в пользу того, что отсроченное введение продуктов прикорма (позднее 4–6 мес) способно снизить риск аллергических реакций [22–24], в настоящее время достигнут консенсус специалистов всех ведущих научных сообществ педиатров и аллергологов в отношении оптимальных сроков начала введения прикорма в рамках «окна толерантности» — в возрасте 4–6 мес [25]. Эти сроки рекомендованы как для детей без отягощенного семейного аллергологического анамнеза, так и для здоровых детей из группы риска. Важно, что такие же данные получены и в отношении продуктов, которые принято считать наиболее аллергенными. Именно поэтому, согласно последним рекомендациям ЕААС по профилактике аллергии, для всех детей вне зависимости от атопической предрасположенности рекомендовано введение прикормов после 4 мес в соответствии с обычной практикой введения прикорма и национальным рекомендациям по питанию. При этом не рекомендуют избегать «высокоаллергенных продуктов» (молоко, яйца, арахис), но и не советуют использовать их избыточно [26]. Аналогичные рекомендации приведены в отечественных рекомендациях по лечению и профилактике аллергии у детей [27].

ИЗ «КРАТКОЙ ИСТОРИИ ПРИКОРМОВ» В РОССИИ

В нашей стране представления о возрасте начала введения прикорма имеют свою историю. Так, в трудах Г. Н. Сперанского, Н. Ф. Филатова [28, 29] огромное значение придавалось организации грудного вскармливания младенцев. Рекомендации по введению различных продуктов в питание ребенка разнятся. Так, из «Краткого учебника детских болезней» Н. Ф. Филатова мы знаем, что на 7-м мес жизни ребенку, получающему грудное молоко, можно начинать введение таких продуктов, как бульон, затем цельное молоко, а на 3-й нед «отъема от груди» — яйцо всмятку и кашу. Дети, не получающие грудное молоко, как известно, вскармливались в те времена в основном смесями, которые готовились на основе коровьего молока и крупяных отваров. Г. Н. Сперанский рекомендует введение соков в объеме 2–3 чайных ложек с 6-го мес жизни так же, как и каши, с возраста 6 мес [28]. В руководстве по детскому питанию Н. К. Игнатова написано

буквально следующее: «Прикармливать детей углеводистой пищей (кашками) следует начинать не раньше 6 мес жизни и только в крайних случаях с 4 мес» [30]. Однако с 3 мес предлагается давать ребенку 1 чайную ложку сока в день, а с 4,5 мес — немного цельного коровьего молока [30].

В относительно недавнем прошлом в СССР считалось, что ребенок даже на грудном вскармливании с раннего возраста нуждается в «небольших пищевых добавках», к которым относили соки, отвары, фруктовые пюре и желток. Так, в руководстве «Основы рационального питания детей» несмотря на то, что введение основных видов прикорма (каши и овощного пюре) рекомендуется в возрасте 4–4,5 мес, введение соков предлагается начать с трехнедельного возраста, фруктового пюре — с 1,5–2 мес. С 3–3,5 мес предлагалось начать введение желтка куриного яйца и не ранее 4 мес — творога [31]. Основной идеей такого раннего введения прикорма было «обогащение» рациона ребенка дополнительным набором питательных веществ. Следует отметить, что эти рекомендации принципиально не отличались от рекомендаций других стран тех лет, где прикорм предлагалось вводить с 3 мес, а соки — с 1 мес жизни [32–34].

В дальнейшем благодаря исследованиям, проведенным в т.ч. и в Институте питания [35], было показано, что нет никаких оснований для такого раннего введения соков, и сроки введения соков в питание ребенка были несколько отодвинуты. До недавнего времени в Российской Федерации действовала схема введения прикорма, разработанная Институтом Питания АМН, утвержденная Минздравом РФ в 1999 г. и приведенная в Методических указаниях № 225 «Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни» [36]. Согласно этим рекомендациям, предлагались разные схемы введения прикорма детям на грудном и на искусственном вскармливании. При достаточной лактации у матери основной прикорм (овощное пюре, каша и др.) было рекомендовано вводить в возрасте 4–6 мес. Однако до введения основных видов прикорма в рацион ребенка советовали ввести фруктовые соки и пюре, которые тогда обозначали как «дополнительные факторы питания», или «пищевые добавки». Таким образом, первым вводимым продуктом помимо грудного молока оставался, как и ранее, фруктовый сок, который рекомендовалось вводить в рацион ребенка не ранее 3 мес. Через 2 нед после введения в рацион соков при их хорошей переносимости в рацион ребенка рекомендовалось ввести фруктовые пюре.

В соответствии с вышеуказанным документом, «в 4,5–5,5 мес в рацион ребенка можно вводить более густую пищу, которую и обозначают в нашей стране термином «прикорм». В качестве первого прикорма предпочтительнее назначать овощное пюре» [36]. Для детей, находящихся на искусственном вскармливании, предлагалась схожая схема введения прикорма, однако считалось допустимым при необходимости введение отдельных видов прикорма в еще более ранние сроки: «В частности, соки и фруктовые пюре по индивидуальным показаниям могут быть введены не с 3 и 3,5 мес, соответственно, а раньше — с 1,5 и 2 мес». Это объяснялось тем, что «дети, находящиеся на искусственном вскармливании, получают в составе заменителей женского молока значительное количество «чужеродных» пищевых веществ, что ведет к известной адаптации ребенка к «чужеродному» питанию». Кефир и другие цельные неадаптированные кисломолочные продукты было рекомендовано вводить

в питание детей с возраста 6–7 мес. Проведенные в дальнейшем научные исследования, в т.ч. и исследования сотрудников Института питания [37, 38], а также накопленный опыт привели к тому, что взгляды на возраст введения прикорма в нашей стране были в значительной мере пересмотрены.

ПРИНЯТИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ДОКУМЕНТА

После нескольких лет обсуждения отечественными специалистами в области питания был сформирован согласительный документ «Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», который был подписан директором Института питания РАМН, председателем Национальной ассоциации диетологов и нутрициологов академиком РАМН В.А. Тутельяном и директором Научного центра здоровья детей РАМН, председателем Исполкома Союза педиатров России академиком РАМН А.А. Барановым. Данный документ был утвержден на XVI Съезде педиатров России в феврале 2009 г. [1].

С момента его принятия документ является основным национальным руководством по питанию детей первого года жизни. И поскольку после утверждения педиатрическим сообществом прошло уже более 5 лет, вызывают удивление случаи (как уже было отмечено) абсолютно недостаточной информированности педиатров в отношении его содержания. В отношении прикорма в нем даны четкие рекомендации: «Введение прикорма детям целесообразно проводить в возрасте 4–6 мес». Тем не менее давшие глубокие корни в педиатрической среде устаревшие рекомендации о более раннем введении соков до сих пор встречаются в назначениях врачей.

Основным отличием новой схемы введения прикорма является более позднее введение в питание ребенка соков и фруктовых пюре (табл. 2). Также рекомендуется и более позднее (с 6 мес) введение творога, чтобы не допустить избыточного потребления белка, поскольку, согласно современной концепции пищевого программирования, именно высокое потребление белка на первом году жизни ребенка увеличивает риск развития ожирения и диабета [39].

Согласно Национальной программе, возраст начала введения прикорма может несколько отличаться для каждого ребенка: учитываются особенности развития пищеварительной системы, органов выделения, а также особенности психомоторного развития в отношении готовности к восприятию новой пищи. В настоящих рекомендациях отказались от разных схем введения прикорма детям на грудном и искусственном вскармливании, т.к. современные адаптированные молочные смеси содержат в своем составе достаточно большой набор микронутриентов. Соответственно, если ранее идеологической основой раннего введения сока как раз была необходимость проводить коррекцию рациона по витаминам и минеральным веществам, то в настоящее время такая необходимость отпала, и схема введения прикорма является единой [37]. В качестве первого основного прикорма детям со сниженной массой тела, а также при диспептических явлениях, целесообразнее назначать каши, при этом предпочтение отдается продуктам промышленного производства, обогащенным железом, кальцием, цинком, йодом. Детям с избыточной массой тела и со склонностью к запорам прикорм начинают с овощного пюре.

Возможно использование продуктов домашнего приготовления, но все же «в питании ребенка целесообразно использовать продукты и блюда прикорма промышленного производства, которые изготавливают из высококачественного сырья, соответствуют строгим гигиеническим требованиям и показателям безопасности, имеют гарантированный химический состав, в т.ч. витаминный, независимо от сезона, различную степень измельчения» [1, 40]. Обогащение продуктов прикорма пре- и пробиотиками также повышает их биологическую ценность и придает им свойства «функционального питания» [41].

Результаты исследований, в т.ч. проведенных в нашей стране [37], показывают, что изменение последовательности введения различных продуктов прикорма не влияет на показатели развития ребенка, поэтому возможны различные индивидуальные схемы, в целом соответствующие существующим рекомендациям. При

Таблица 2. Схема введения прикорма детям первого года жизни согласно Национальной программе [1]

Наименование продуктов и блюд (г, мл)	Возраст, мес			
	4–6	7	8	9–12
Овощное пюре	10–150	170	180	200
Молочная каша	10–150	150	180	200
Фруктовое пюре	5–60	70	80	90–100
Фруктовый сок	5–60	70	80	90–100
Творог*	10–40	40	40	50
Желток, шт.	-	0,25	0,5	0,5
Мясное пюре*	5–30	30	50	60–70
Рыбное пюре	-	-	5–30	30–60
Кефир и другие кисломолочные напитки	-	-	200	200
Сухари, печенье	-	3–5	5	10–15
Хлеб пшеничный	-	-	5	10
Растительное масло	1–3	5	5	6
Сливочное масло	1–4	4	5	6

Примечание. * — не ранее 5,5 мес.

наличии более или менее четких ориентиров в сроках введения прикорма с хорошей доказательной базой признают, что формирование набора и ассортимента продуктов рациона младенца может носить индивидуальный характер [42]. Соки (за счет своей высокой осмолярности и содержания органических кислот) обладают выраженным раздражающим влиянием на желудочно-кишечный тракт ребенка, поэтому детям с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, пищевой непереносимостью предпочтительно более позднее назначение соков. Примерное количество сока для ребенка первого года жизни рассчитывают исходя из 10 мл/кг массы тела [43].

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА И ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА

Совершенно очевидно, что для начала введения прикорма у ребенка должны развиваться определенные психомоторные навыки. Это окно достижения необходимого уровня развития может рассматриваться как некая физиологическая веха индивидуального развития, такая же как и достижение способности ходить и говорить [8]. На начальном этапе введения прикорма необходимо приучить ребенка к кормлению с ложки. Первоначально следует предлагать небольшое (примерно 1 или 2 чайных ложки) количество пищи. Пищу следует давать на кончике чистой ложки, поскольку младенцу необходимо некоторое время, чтобы научиться использовать губы для снятия пищи с ложки, а также научиться перемещать пищу, готовую к проглатыванию, языком в заднюю часть ротовой полости. Часть пищи может стекать по подбородку ребенка или выплевываться. Родителям нужно быть готовыми к этому, и это не должно рассматриваться как признак того, что ребенку еда не нравится. В начальный период введения прикорма кормление грудью (или смесью) должно продолжаться в том же объеме и с той же частотой, как и до этого (в период исключительного грудного вскармливания). Грудное молоко (или смесь) должны оставаться главным источником энергии, пищевых веществ и жидкости.

После того, как ребенок привык к кормлению ложкой, для разнообразия рациона питания и развития двигательных навыков рекомендуется добавить новые оттенки вкуса и консистенции за счет более плотной пищи. Если для приема полужидкой пищи важно угасание «рефлекса выталкивания ложки», то для приема более плотной пищи младенец должен быть способен пребывать в сидячем положении и устойчиво удерживать голову; необходима координация глаз, движений рук и рта, для того чтобы ребенок мог смотреть на еду, брать ее и класть в рот; помимо этого, ребенок должен быть в состоянии проглотить твердую пищу. Возраст достижения этих навыков индивидуален и колеблется в достаточно широком диапазоне, и лишь у очень небольшого числа младенцев они развиваются в полной мере к 6-му мес жизни [44]. Именно поэтому предлагать плотную пищу, а также пищу, содержащую плотные кусочки, следует тогда, когда ребенок к этому готов. Если все же ребенок отклоняет предложенную пищу, следует повторить попытку несколько позже.

Новые продукты следует вводить в питание ребенка постепенно. На адаптацию к новому продукту необходимо отводить 1–2 нед, при этом другие новые продукты в этот период в питание не вводят. Те продукты, которые были введены ранее, сохраняются в рационе, за счет чего он постепенно становится все более пол-

ным. На первом этапе введения прикорма предпочтение отдают монокомпонентным продуктам. Новый продукт впервые включают в рацион ребенка в количестве не более 5 мл (г). Его следует давать в утренние кормления, чтобы иметь возможность в течение дня оценить переносимость (появление или усиление кожных высыпаний, изменение характера стула и т. п.). Если какие-либо нежелательные явления отсутствуют, объем нового продукта ежедневно увеличивают на 10–30 г до достижения возрастного объема блюда в течение 5–7 сут [19].

Считают, что формирование более разнообразного рациона питания улучшает аппетит ребенка. Все дети имеют свои вкусовые предпочтения, и когда им предлагают разные продукты, они обычно выбирают некоторый определенный набор, включающий и их любимую еду. На предпочтения ребенка может влиять ряд органолептических свойств, таких как вкус, аромат, внешний вид и структура.

Полагают, что единственным врожденным предпочтением у людей является предпочтение к сладкому вкусу, и даже новорожденные дети предпочитают сладкое. Это может вести к формированию устойчивого предпочтения сладкого вкуса, т. к. показано, что у детей вырабатываются пищевые предпочтения в зависимости от частоты воздействия того или иного вкуса. Отказ в дальнейшем от других продуктов, кроме сладких, ограничивает разнообразие потребляемой ребенком пищи и питательных веществ [45] и формирует «нездоровый» стереотип питания [13, 14].

Очень важно, чтобы уже в период введения прикорма ребенку было сформировано положительное восприятие пищи. Ни в коем случае нельзя допускать насильственного кормления. Принято считать, что нужно попробовать предложить пищу как минимум 8–10 раз. Показано, что явное улучшение восприятия пищи происходит после 12–15-го раза [3, 45]. В связи с этим родителей нужно ориентировать на то, что отказ принять пищу — явление нормальное. Продукты следует предлагать неоднократно и, как показывает опыт, те продукты, от которых ребенок первоначально отказывается, позже нередко им принимаются. Если, напротив, первоначальный отказ ребенка от продукта будет истолкован как окончательный, и продукт больше не будет предлагаться, то возможность расширения вкусовых ощущений будет потеряна.

Интересно, что в недавних исследованиях факторов, влияющих на выбор родителями возраста введения первого прикорма, не последнюю роль играют темперамент и активность самого ребенка [46, 47]. Очень важно, чтобы в процессе введения прикорма ребенок научился получать удовольствие от новой пищи. Считается, что дети, находящиеся на грудном вскармливании, легче и быстрее положительно воспринимают новую пищу, чем дети, находящиеся на искусственном вскармливании, поскольку они привыкают к более разнообразным оттенкам вкуса и запаха, которые передаются с материнским молоком [3].

НАЗНАЧЕНИЕ ПРИКОРМА ДЕТЯМ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Введение продуктов прикорма детям с аллергией имеет свои особенности. При наличии аллергии на белки коровьего молока (БКМ) ребенку назначают безмолочную диету, и, соответственно, любые продукты прикорма, содержащие БКМ (в т. ч. молочные каши, кисломолочные продукты, творог), не вводят до окончания элиминаци-

онной диеты. Также из питания исключают продукты из молока других животных (козье, овечье) и говядину (телятину), которые дают перекрестно-аллергические реакции у больных с аллергией к БКМ, а также являются самостоятельным аллергеном, вызывая тяжелые реакции у пациентов, толерантных к коровьему молоку [26, 27, 48].

Поскольку современные лечебные смеси на основе высокогидролизованного молочного белка и аминокислот позволяют сформировать полноценный рацион ребенку с аллергией к БКМ, нет необходимости в более раннем введении прикорма, как это делалось раньше, поэтому в настоящее время ориентировочные сроки введения продуктов и блюд прикорма детям с аллергией не отличаются от рекомендаций для здоровых детей [27]. Однако, безусловно, в каждом конкретном случае вопрос о сроках введения прикорма решается исключительно индивидуально, исходя не только из физиологических особенностей ребенка, но и из клинической картины и фазы заболевания [19]. Первый прикорм — овощное пюре или безмолочная каша — выбирают в зависимости от нутритивного статуса ребенка и характера стула [19]. Соответственно, это могут быть монокомпонентные пюре из овощей светлой окраски — кабачков, патиссонов, цветной, белокачанной, брюссельской капусты, брокколи, светлоокрашенной тыквы. При дефиците массы тела в качестве первого прикорма рекомендована безмолочная безглютеновая каша (гречневая, кукурузная, рисовая), после введения которой в полном объеме на следующем этапе вводятся овощи. Мясное пюре вводят в питание ребенка в 5,5–6 мес, предпочтение следует отдавать детским мясным консервам из конины, мяса кролика, индейки, свинины. Может быть использовано и пюре домашнего приготовления без бульона.

Первым фруктовым прикормом, который рекомендуется детям с аллергией, является пюре из яблок или груш светлой окраски [19]. Однако следует помнить о том, что у детей даже раннего возраста возможны аллергические реакции на яблоко как первые проявления сенсибилизации к пыльце деревьев. Из-за раздражающего влияния на желудочно-кишечный тракт введение фруктовых соков детям с аллергией обычно откладывают, особенно при наличии гастроинтестинальных проявлений аллергии.

У детей с аллергией, так же, как и у детей из группы риска, во избежание неспецифических реакций на пищу целесообразно использование продуктов прикорма с доказанной гипоаллергенностью. В Научном центре здо-

ровья детей (Москва) проведены исследования по оценке безопасности 13 вариантов моно- и многокомпонентных продуктов прикорма торговой марки «ФрутоНяня» (ООО «ПРОГРЕСС», Россия). Были использованы соки из яблок, груш, яблок и груш, фруктовые пюре из яблок, из груш, из чернослива, овощные пюре из цветной капусты, из брокколи, из тыквы, а также безмолочные сухие каши — рисовая и гречневая, и пюре из мяса индейки и из кролика [49]. Продукты использовали в схемах введения прикорма у 40 детей первого года жизни с легкими проявлениями атопии и из группы высокого риска по развитию атопии. В данном исследовании с использованием клинических и иммунологических методов (определение общего и специфических IgE методом ImmunoCAP) была показана хорошая переносимость данных продуктов.

За время наблюдения у детей отсутствовали кожные высыпания и выраженные дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта. Ни в одном случае не было отмечено повышения содержания специфических IgE к белкам цветной капусты, брокколи, тыквы, гречи, чернослива, риса, яблока, груши, мяса кролика, индейки на фоне приема продуктов прикорма, содержащих эти белки, что подтвердило низкую иммуногенность исследованных продуктов. Результаты проведенного исследования позволяют охарактеризовать эти продукты как гипоаллергенные и сделать заключение о возможности использования их в составе лечебных диет пациентов с аллергическими болезнями и в питании детей из групп высокого риска по развитию атопии [49].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной принцип врачевания — «не навреди», поэтому долг и обязанность врача — следить за достижениями современной науки и совершенствовать свою практику. В своих назначениях прикорма необходимо следовать национальным рекомендациям вскармливания детей первого года жизни, сформированным на достаточной доказательной базе и утвержденным на съезде профессионального педиатрического сообщества, а также активно доносить эти знания до широкой общественности.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Статья опубликована при поддержке ООО «ПРОГРЕСС».

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор данной статьи подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальная программа по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. М.: Союз педиатров России. 2011. 68 с.
2. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO. 2002. 32 p.
3. Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия. 2003;87:368.
4. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115:496–506.
5. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Breastfeeding among U.S. Children Born 1999–2006, CDC National Immunization Survey. CDC: Atlanta. 2010.

6. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondratie I, Communal MJ, Massart C, Chapin E, Fallon M. Protection, promotion and support of breast feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutrition*. 2010;13:751–759.
7. Cattaneo A, Williams C, Pallas-Alonso CR, Hernandez-Aguilar MT, Lasarte-Velillas JJ, Landa-Rivera L, Rouw E, Pina M, Volta A, Oudesluys-Murphy AM. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? *Matern Child Nutr*. 2011;7(4):335–343.
8. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, Moreno L, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008;46(1):99–110.

9. EFSA Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies. Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. *EFSA J.* 2009;7:1–38.
10. Klag EA, McNamara K, Geraghty SR, Keim SA. Associations Between Breast Milk Feeding, Introduction of Solid Foods, and Weight Gain in the First 12 Months of Life. *Clin Pediatr (Phil.)*. 2015;54(11):1059–1067.
11. Wen LM, Baur LA, Rissel C, Xu H, Simpson JM. Correlates of body mass index and overweight and obesity of children aged 2 years: findings from the healthy beginnings trial. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(7):1723–1730.
12. Heinrich J, Koletzko B, Koletzko S. Timing and diversity of complementary food introduction for prevention of allergic diseases. How early and how much? *Expert Rev Clin Immunol*. 2014;10(6):701–704.
13. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья: консультативная встреча стран Европейского региона. Отчет о консультативной встрече. Копенгаген, Дания. 2003. 526 с.
14. Sugars intake for adult and children. Guideline. World Health Organization. Geneva. 2015. 49 с.
15. Маркетинг пищевых продуктов с высоким содержанием жира, соли и сахара, ориентированный на детей — обновленная информация за 2012–2013 гг. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 35 с.
16. Frederiksen B, Kroehl M, Lamb MM, Seifert J, Barriga K, Eisenbarth GS, Rewers M, Norris JM. Infant exposures and development of type 1 diabetes mellitus: The Diabetes Autoimmunity Study in the Young (DAISY). *JAMA Pediatr*. 2013;167(9):808–815.
17. Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT. Early solid feeding and recurrent childhood eczema: a 10 year longitudinal study. *Pediatrics*. 1990;86:541–546.
18. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL, Shannon FT, Taylor B. Eczema and infant diet. *Clin Allergy*. 1981;11:325–331.
19. Макарова СГ, Вишнёва ЕА, Алексеева АА. Рекомендации по введению прикорма пациентам с пищевой аллергией и детям из группы риска: что и когда? *Педиатрическая фармакология*. 2014;11(5):45–51.
20. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics*. 2000;106(2):346–349.
21. Jennifer S. Feeding the Infant With Possible Food Allergy: What's Best? *Medscape*. 2014;21–27.
22. Zutavern A, von Mutius E, Harris J, Mills P, Moffatt S, White C, Cullinan P. The introduction of solids in relation to asthma and eczema. *Arch Dis Child*. 2004;89:303–308.
23. Zutavern A, Brockow I, Schaaf B, von Berg A, Diez U, Borte M, Kraemer U, Herbarth O, Behrendt H, Wichmann HE, Heinrich J. Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis, and food and inhalant sensitization at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA. *Pediatrics*. 2008;121:44–52.
24. Tromp II, Kieft de Jong JC, Lebon A, Renders CM, Jaddoe VW, Hofman A, de Jongste JC, Moll HA. The introduction of allergenic foods and the development of reported wheezing and eczema in childhood: the Generation R study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165:933–938.
25. de Silva D, Geromi M, Halken S, Host A, Panesar SS, Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Cardona V, Dubois AEJ, Poulsen LK, Van Ree R, Vlieg-Boerstra B, Agache I, Grimshaw K, O'Mahony L, Venter C, Arshad SH and Sheikh A on behalf of the EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. Primary prevention of food allergy in children and adults: systematic review. *Allergy*. 2014;69:581–589.
26. Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Beyer K, Bindslev-Jensen C, Cardona V, Dubois A, duToit G, Eigenmann P, Fernandez Rivas M, Halken S, Hickstein L, Host A, Knol E, Lack G, Marchisotto MJ, Niggemann B, Nwaru BI, Papadopoulos NG, Poulsen LK, Santos AF, Skypala I, Schoepfer A, Van Ree R, Venter C, Worm M, Vlieg-Boerstra B, Panesar S, de Silva D, Soares-Weiser K, Sheikh A, Ballmer-Weber BK, Nilsson C, de Jong NW, Akdis CA on behalf of the EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines. Diagnosis and management of food allergy. *Allergy*. 2014;69:1008–1025.
27. Баранов АА, Намазова-Баранова ЛС, Боровик ТЭ, Макарова СГ, Яцык ГВ, Скворцова ВА, Турти ТВ, Вишнева ЕА, Алексеева АА, Рославцева ЕА, Звонкова НГ, Лукоянова ОЛ, Сновская МА. Под ред. АА Баранова, ЛС Намазовой-Барановой, ТЭ Боровик, СГ Макаровой. Пищевая аллергия. Серия: Болезни детского возраста от А до Я. М. 2013.
28. Сперанский ГН. Уход за ребенком раннего возраста. М.: Издание М. и С. Сабашниковых. 1922. 119 с.
29. Филатов НФ. Краткий учебник детских болезней для студентов последних семестров. Изд. 10-е. М.: Склад издания у А. А. Карцева. 1911. 270 с.
30. Игнатов НК. Питание детей всех возрастов. Москва–Ленинград: Медгиз. 1931. 264 с.
31. Основы рационального питания детей. Под ред. КС Ладодо, ВД Отт, ЕМ Фатеевой. Киев: Здоров'я. 1987. 248 с.
32. Fomon SJ. Reflections of infant feeding in the 1970s and 1980s. *Am J Clin Nutr*. 1987;46:171–182.
33. Hendriks KM. Weaning recommendations: the scientific basis. *Nutr Rev*. 1992;50:125–133.
34. Clark BJ, Laing SC. Infant feeding: a review of weaning. *J Hum Nutr Dietetics*. 1990;3:11–18.
35. Сорвачёва ТН. Метаболические основы оптимизации искусственного вскармливания детей грудного возраста. Автореф. дис... докт. мед. наук. М. 1995. 40 с.
36. Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни. Методические указания № 99/225. М. 1999. 52 с.
37. Конь ИЯ, Гмошинская МВ, Абрамова ТВ, Сафронова АИ, Пустограев НН, Тоболева МА, Куркова ЕВ, Макарова ЕВ, Каленов СЕ. Клинико-физиологическое обоснование новой схемы введения прикорма. *Вопросы детской диетологии*. 2011;9(3):23–28.
38. Конь ИЯ, Сафронова АИ, Воробьёва ЛШ, Шилина НМ. Оценка влияния кефира и «последующей» молочной смеси на развитие диапедезных кровотечений у детей второго полугодия жизни. *Педиатрия*. 2002;3:55–59.
39. Нетребенко ОК. Белок в питании грудных детей: нормы потребления и современные рекомендации. *Вопросы современной педиатрии*. 2003;1(1):44–47.
40. Скворцова ВА, Боровик ТЭ, Нетребенко ОК, Лукоянова ОЛ, Звонкова НГ, Маянский НА, Копыльцова ЕА, Мельничук ОС. Научное обоснование схемы введения прикорма, изложенной в «Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации». Часть 1. *Вопросы современной педиатрии*. 2011;10(6):128–136.
41. Боровик ТЭ, Нетребенко ОК, Семёнова НН, Макарова СГ, Скворцова ВА, Сергеева СН, Звонкова НГ. Инновационные подходы к организации прикорма детям с пищевой аллергией и из группы высокого риска по развитию атопии. *Педиатрия*. 2011;90(3):91–99.
42. Сорвачёва ТН, Гордеева ЕА, Аникиева ЕН. Прикорм. От регламентов к индивидуальному подходу. *Вопросы современной педиатрии*. 2011;10(5):45–48.
43. American Academy of Pediatrics: committee on nutrition: The use and misuse of fruit juice in pediatrics. *Pediatrics*. 2001;107(5):1210–1213.
44. Carruth BR, Skinner JD. Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2–24 months). *Journal of the American College of Nutrition*. 2002;21:88–96.
45. Birch L. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proceedings of the Nutrition Society*. 1998; 57:617–624.
46. Doub AE, Moding KJ, Stifter CA. Infant and maternal predictors of early life feeding decisions. The timing of solid food introduction. *Appetite*. 2015;92:261–268.
47. Kronborg H, Foverskov E, Vaeth M. Predictors for early introduction of solid food among Danish mothers and infants: an observational study. *BMC Pediatr*. 2014;14:243.
48. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, Mearin ML, Papadopoulou A, Ruemmele FM, Staiano A, Schappi MG and Vandenplas Y. Diagnostic Approach and Management of Cow's Milk Protein Allergy in Infants and Children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines. *JPGN*. 2012;55:221–229. DOI: 10.1097/MPG.0b013e31825c9482.
49. Турти ТВ, Макарова СГ, Зиминая ЕП, Давыдова ИВ, Сновская МА. Профилактика аллергии у детей в период введения продуктов прикорма (в помощь практическому врачу). *Вопросы современной педиатрии*. 2014;13(6):512–556.