

Ю.А. ДМИТРИЕВА, к.м.н., И.Н. ЗАХАРОВА, д.м.н., профессор, Н.Г. СУГЯН, к.м.н., И.В. БЕРЕЖНАЯ, к.м.н.
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва

СОВРЕМЕННАЯ ПРАКТИКА ВВЕДЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПРИКОРМА: КОМУ? КОГДА? СКОЛЬКО?

Проблема введения прикорма продолжает обсуждаться как в научных кругах, так и среди практикующих врачей. Наиболее актуальной остается дискуссия в отношении оптимальных сроков и последовательности введения отдельных продуктов, индивидуального планирования рациона детей, страдающих пищевой аллергией, возможности использования продуктов прикорма в комплексной терапии функциональных нарушений пищеварения и различных дефицитных состояний, а также роли новых продуктов в формировании пищевого поведения ребенка. В беседе сотрудники кафедры педиатрии РМАНПО, возглавляемой профессором Ириной Николаевной Захаровой, постарались ответить на часто задаваемые вопросы, касающиеся введения прикорма ребенку первого года жизни.

Ключевые слова: прикорм, пищевое программирование, пищевая аллергия, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, дефицитные состояния, пищевое поведение, неophobia.

Y.A. DMITRIEVA, PhD in medicine, I.N. ZAKHAROVA, MD, Prof., N.G. SUGYAN, PhD in medicine, I.V. BEREZHNYAYA, PhD in medicine
Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of Russia, Moscow

CURRENT PRACTICE OF INTRODUCTION OF COMPLEMENTARY FEEDING PRODUCTS: TO WHOM? WHEN? HOW MUCH?

The problem of introduction of complementary foods continues to be debated both in academic circles and among practitioners. The most relevant is the discussion on the optimal timing and sequence of the introduction of individual products, individual planning of the diet of children with food allergies, a possibility of using products of complementary foods in the complex treatment of functional digestive disorders and various deficient states, as well as the role of new products in the formation of eating behavior of the child. In the conversation the employees of the Department of Pediatrics of RMANPO chaired by Professor Irina Nikolaevna Zakharova tried to answer frequently asked questions regarding introduction of complementary foods to the infants.

Keywords: complementary food, food programming, food allergies, functional disorders of the gastrointestinal tract, deficient states, eating behavior, neophobia.



Захарова И.Н.

– Ирина Николаевна, насколько актуальна, по Вашему мнению, проблема введения прикорма для практикующих врачей? Профессор Захарова И.Н.

– Проблема введения продуктов прикорма остается актуальной в настоящее время. Об этом свидетельствует и большое количество вопросов, поступающих от практикующих врачей, проходящих обучение на нашей кафедре, и проводимые клинические исследования, целью которых является определение оптимальных сроков введения различных продуктов. Современный подход к формированию рациона питания ребенка первого года жизни должен не только учитывать текущие нутритивные потребности, но и обеспечивать протективный эффект в отношении ряда заболеваний. Наиболее актуальным в этом отношении является планирование рациона у детей из группы риска по развитию аллергических заболеваний, дефицитных состояний, ожирения и различных метаболических нарушений.

– С учетом результатов современных исследований, каковы все же оптимальные сроки начала введения продуктов прикорма? Профессор Захарова И.Н.

– Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (2009) в качестве оптимального периода введения про-



Дмитриева Ю.А.



Сугян Н.Г.



Бережная И.В.

дуктов прикорма определяет возраст с 4 до 6 месяцев (табл.) [1]. Аналогичной позиции придерживаются и эксперты Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN), считающие, что начало прикорма должно осуществляться не ранее 17-й и не позднее 26-й недели жизни ребенка [2].

Выделение указанных сроков, во-первых, основано на понимании анатомических и физиологических особенностей организма младенца, во-вторых, соответствует современной концепции пищевого программирования и, наконец, позволяет учесть возможные национальные традиции вскармливания и индивидуальные особенности каждого ребенка. Не вызывает сомнений, что для усвоения пищи, отличной от женского молока или адаптированной молочной смеси, необходима достаточная функциональная зрелость пищеварительной и выделительной систем, а также определенный уровень нервно-психического развития. Проведенные научные исследования и накопленный педиатрами опыт свидетельствуют о том, что минимальный возраст, при котором возможно введение первых продуктов прикорма, составляет 4 месяца. К этому возрасту гастроинтестинальный тракт ребенка становится более зрелым: снижается проницаемость слизистой оболочки тонкой кишки, формируется местный иммунитет, созревают пищеварительные ферменты, достаточной активности достигает регуляция секреции инсулина, что позволяет увеличить в рационе количество богатых углеводами продуктов. К возрасту 4 месяцев ребенок приобретает способность проглатывать полужидкую и более густую пищу, что осуществляется на фоне угасания «рефлекса выталкивания ложки». В то же время поздний прикорм (после 6 месяцев) может привести к задержке формирования навыков жевания и глотания густой пищи, дефициту макро- и микронутриентов, а также высокой антигенной нагрузке вследствие быстрого введения большого набора продуктов. Сроки и последовательность введения новых продуктов должны быть установлены индивидуально для каждого ребенка с учетом особенностей развития пищеварительной системы, уровня обмена веществ, а также особенностей функционирования центральной нервной системы и готовности к восприятию пищи. Мы считаем, что для здорового младенца, не имеющего нарушений нутритивного статуса и сопутствующих заболеваний, наиболее оптимальным сроком начала введения прикорма является возраст 5 месяцев, что соответствует «золотой середине» периода, рекомендованного как Российскими, так и Европейскими протоколами. В случае нехватки молока у матери или наличия у ребенка недостаточности питания начало введения прикорма может быть сдвинуто на более ранние сроки – к 4 месяцам.

– Современные Российские и Европейские рекомендации все же отличаются от позиции Всемирной организации здравоохранения, считающей, что введение продуктов прикорма ребенку, вскармливаемому грудным молоком, следует начинать не ранее 6 месяцев

на фоне продолжения естественного вскармливания. Наринэ Григорьевна, как Вы можете прокомментировать данные различия? Доцент Суян Н.Г.

– В основу рекомендаций ВОЗ, утвержденных в 2001 г. [3], были положены представления экспертов об оптимальной продолжительности грудного вскармливания, однако последующая оценка их применения продемонстрировала, что далеко не все педиатры и родители следуют им на практике. В некоторых европейских странах педиатры продолжали рекомендовать введение прикорма младенцам в возрасте 4–6 месяцев, как было принято ранее. Кроме того, многие специалисты, следуя указанным рекомендациям в отношении детей, вскармливаемых грудным молоком, начинали в более ранние сроки вводить продукты прикорма младенцам, получающим молочные смеси. Результаты опроса родителей, проведенных в странах Европы и России, также выявили расхождения с резолюцией ВОЗ. По мнению отечественных ученых, введение прикорма после 6 месяцев возможно только в отношении здоровых детей, родившихся с нормальной массой тела, при полноценном питании матери с использованием специализированных обогащенных продуктов или комплексных витаминно-минеральных препаратов.

– Юлия Андреевна, говоря об оптимальных сроках введения продуктов прикорма, в беседе была упомянута концепция пищевого программирования, не могли бы Вы рассказать о ней немного подробнее? Доцент Дмитриева Ю.А.

– Концепция пищевого программирования предполагает, что ряд заболеваний можно предотвратить путем коррекции характера питания ребенка на первом году жизни. Наиболее актуальная дискуссия в этом отношении посвящена роли вскармливания в профилактике таких заболеваний, как сахарный диабет 1-го типа, ожирение, метаболический синдром и сердечно-сосудистая патология. Многие ученые определяют период с 4 до 6 месяцев в качестве «критического окна», когда введение потенциально аллергенных и иммуногенных продуктов может способствовать выработке к ним толерантности. Говоря о продуктах прикорма, можно выделить довольно большое количество исследований, посвященных изучению ассоциации между сроками введения глютеносодержащих злаковых продуктов и риском развития аллергических заболеваний, сахарного диабета 1-го типа и целиакии. В соответствии с заключением экспертов Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN), введение глютена в период с 4 до 6 месяцев позволяет достоверно снизить риск развития в последующем сахарного диабета 1-го типа и аллергии на пшеницу [2]. Безусловно, речь идет о постепенном введении здоровому ребенку глютеносодержащих каш в небольшом количестве, в рамках расширения набора злаковых продуктов в указанный период. Стоит отметить, что существовавшие аналогичные рекомендации в отношении возможности профилактики целиакии путем постепенного введения глютена в период от 4 до 6 месяцев не нашли подтверждения в ходе крупных проспективных клинических исследований, опубликованных в 2014 г. [4, 5].

– Ирина Владимировна, каковы принципиальные особенности схемы введения продуктов прикорма, утвержденной в рамках Национальной программы, по сравнению с существовавшими ранее рекомендациями? *Доцент Бережная И.В.*

– Наряду с определением оптимального временного промежутка, а не конкретного возраста для начала введения прикорма, к отличиям современной схемы введения продуктов прикорма можно отнести следующие. Во-первых, обсуждаемые рекомендации одинаково применимы как для детей на грудном, так и на искусственном вскармливании. Современные адаптированные молочные смеси содержат в своем составе адекватный набор витаминов и минеральных веществ, поэтому отсутствует необходимость проводить коррекцию по этим веществам продуктами прикорма в более ранние сроки. Во-вторых, в утвержденных рекомендациях нет понятия «обучающий прикорм», под которым раньше понимали небольшое количество фруктового сока или фруктового пюре, вводимых ребенку с возраста 3–3,5 месяцев. Современные рекомендации указывают на необходимость введения полноценных продуктов, способных адекватно заменить вытесняемый объем грудного молока или молочной смеси, т.е. овощного пюре или злаков в качестве первого прикорма. Кроме того, современная схема дает возможность педиатру индивидуально планировать последовательность введения отдельных продуктов и блюд прикорма в зависимости от состояния здоровья, нутритивного статуса ребенка и функционального состояния его пищеварительной системы. Так, детям со сниженной массой тела, учащенным стулом в качестве первого основного прикорма целесообразно рекомендовать каши промышленного производства, обогащенные железом, кальцием, цинком, йодом, в то время как при избыточной прибавке в весе или склонности к запорам прикорм целесообразнее начинать с овощного пюре. Еще одной особенностью современной схемы является смещение сроков начала введения мясных продуктов с 7-месячного возраста на 6 месяцев.

Принимая во внимание обсуждаемые изменения, основные принципы введения продуктов прикорма остались неизменными:

- введение каждого нового продукта начинают с небольшого количества, постепенно (за 5–7 дней) увеличивают до необходимого объема, при этом внимательно наблюдают за переносимостью;
- новый продукт (блюдо) следует давать в первой половине дня, для того чтобы отметить возможную реакцию на его введение;
- каши, фруктовые и овощные пюре и соки начинают вводить с монокомпонентных продуктов, постепенно вводя продукты данной группы;
- прикорм дают с ложечки, до кормления грудью или детской молочной смесью;
- новые продукты не вводят, если ребенок болен, и в период проведения профилактических прививок.

– Ирина Николаевна, какова современная позиция нутрициологов в отношении того, каким продуктам прикорма следует отдавать предпочтение – домашнего или промышленного производства? Ведь дискуссии по данному вопросу довольно активно ведутся как на различных родительских форумах, так и среди практикующих врачей? *Профессор Захарова И.Н.*

– Большинство отечественных нутрициологов сходятся во мнении, что в питании ребенка первого года жизни целесообразно использовать продукты прикорма промышленного производства, соответствующие строгим гигиеническим требованиям, обладающие гарантированным химическим составом. Современные продукты прикорма промышленного производства разработаны в соответствии с возрастными особенностями желудочно-кишечного тракта ребенка, обладают необходимой консистенцией и часто обогащены различными функциональными компонентами (пробиотическими микроорганизмами, пребиотическими волокнами), положительно влияющими на состояние здоровья ребенка. Кроме того, большинство производителей детского питания в настоящее время имеет широкий ассортимент продуктов, позволяющих составить разнообразный рацион питания ребенка с учетом индивидуальных особенностей для адекватного формирования вкусовых предпочтений. В качестве промышленных продуктов прикорма, разработанных с учетом современных технологий, могут быть рекомендованы продукты прикорма «ФрутоНяня» компании АО «ПРОГРЕСС». Широкий ассортимент питания «ФрутоНяня» может позволить максимально разнообразить рацион ребенка раннего возраста, гарантируя при этом сбалансированный состав, безопасность и качество продуктов, а также возможность профилактики аллергических заболеваний и коррекцию функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей первого года жизни.

– Ирина Владимировна, еще один вопрос, который часто обсуждается родителями и педиатрами, – стоит ли подслащивать и подсаливать первые продукты прикорма? Ведь промышленные продукты прикорма в большинстве своем производятся без добавления соли и сахара. *Доцент Бережная И.В.*

– Действительно, большинство продуктов прикорма производится без добавления соли и сахара, и эта позиция имеет четкие научные обоснования. Например, известно, что предпочтение к сладкому вкусу формируется еще до рождения ребенка, и уже к 6-му месяцу гестации вкусовой анализатор достаточно сформирован, чтобы воспринимать различные вкусы. Ряд исследований продемонстрировали, что новорожденные младенцы еще до начала вскармливания грудным молоком или смесью стереотипными рефлексомы выражают свое отношение к различным вкусам: расслаблением лицевой мускулатуры и сосательными движениями в ответ на сладкое и гримасой неприятия в ответ на кислый вкус [6–8]. Врожденное предпочтение к сладкому можно объяснить тем, что сладкий вкус часто свойственен калорийным продуктам, оставляющим длительное чувство насыщения. В прошлом, возможно, такие врожденные предпочтения к высококалорийным продуктам помогали

выживать человеку в условиях недостатка пищи, однако в настоящее время данная физиологическая особенность может стать фактором риска формирования избыточной массы тела и ожирения. Именно поэтому раннее введение в рацион питания ребенка подслащенных продуктов будет закреплять предпочтение к сладкому и может негативно сказаться на последующих пищевых предпочтениях. Например, в работах Beauchamp GK и Morgan M было показано, что те младенцы, которым с 6 месяцев регулярно давали в качестве питья подслащенный раствор, к 2 годам демонстрировали желание к употреблению большего количества сладких продуктов [9]. Таким образом, результаты эксперимента убедительно свидетельствуют о том, что уровень потребления сахара на раннем этапе развития имеет долгосрочное влияние на формирование вкусовых предпочтений, что в особенности должно учитываться в семьях, имеющих наследственную предрасположенность к избыточной массе тела и нарушениям углеводного обмена.

В отношении соленого вкуса необходимо отметить, что отчетливых рефлексов у новорожденных при введении им соленых растворов не отмечается. В работе J. Menella было доказано, что реакция ребенка на соленое является характерным примером изменения вкусового восприятия с возрастом [10]. Ученые доказали, что предпочтение соленым растворам перед простой водой младенцы начинают отдавать к 4 месяцам жизни, при этом максимально выраженная реакция отмечается в период с 4 до 6 месяцев. С одной стороны, появление реакции на соленые растворы к концу первого полугодия может отражать процесс созревания периферических и центральных механизмов восприятия вкуса, а, с другой стороны, не исключает возможность влияния первого опыта знакомства с соленым вкусом в этом возрасте на формирование предпочтения к нему в дальнейшем. Приверженность к соленому вкусу требует особого контроля у младенцев, имеющихотягощенный наследственный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы. В частности, в исследовании Geleijnse J.M. было продемонстрировано, что пониженное содержание соли в продуктах питания детей из группы риска по сердечно-сосудистой патологии определяет достоверно более низкие цифры систолического артериального давления в подростковом возрасте [11].

Понимание физиологических механизмов формирования вкусовых предпочтений объясняет современные рекомендации нутрициологов и существующую практику производства детского питания без добавления соли и сахара с целью долгосрочной профилактики ожирения, нарушений углеводного обмена и сердечно-сосудистых заболеваний, особенно в семьях группы риска по указанной патологии.

– Наринэ Григорьевна, если говорить о начале прикорма с использованием продуктов промышленного производства, каким овощам и злакам стоит отдать предпочтение? Доцент Сугян Н.Г.

– Начиная прикорм, мы традиционно отдаем предпочтение гипоаллергенным овощным пюре (из цветной капусты, кабачков или брокколи) и безмолочным безглютеновым кашам (гречневой, рисовой и кукурузной). При

хорошей переносимости первых продуктов прикорма рацион ребенка постепенно расширяется с включением новых овощей (тыквы, моркови, поликомпонентных овощных блюд), а также молочных каш, как безглютеновых, так и глютеносодержащих, назначаемых детям, не имеющим аллергии к белкам коровьего молока. При достижении ребенком возраста 6 месяцев в рацион питания вводятся мясные пюре, при этом мы также отдаем предпочтение в качестве первого выбора наиболее гипоаллергенным и легко усваиваемым сортам мяса (индейка, кролик) с последующим введением курицы, говядины и свинины. Если говорить о компании АО «ПРОГРЕСС», выпускающей продукты прикорма «ФрутоНяня», то в ее ассортименте присутствует вся линейка гипоаллергенных продуктов, продемонстрировавших свою безопасность в ходе клинических исследований, а также большой набор овощных, злаковых, мясных и мясо-растительных продуктов, позволяющих постепенно сформировать полноценный разнообразный рацион ребенку.

– Юлия Андреевна, Вы определяете овощи и злаки как основные продукты первого прикорма, а какая роль в рационе отводится фруктовым пюре и сокам, с которых раньше традиционно начинали прикорм? Доцент Дмитриева Ю.А.

– Фруктовые соки и пюре не могут полноценно заменить кормления грудным молоком или смесью, поэтому не относятся к основному прикорму. Однако фрукты являются важным источником витаминов и микроэлементов для ребенка, а также способствуют формированию разнообразных вкусовых ощущений, поэтому они рекомендуются как дополнение к основному рациону. Введение фруктовых пюре и соков рекомендуется не ранее 4 месяцев. При начале прикорма предпочтение следует отдавать продуктам, приготовленным из гипоаллергенных сортов фруктов без добавления сахара (например, яблочное и грушевое пюре «ФрутоНяня»).

– Ирина Николаевна, а какова современная практика введения продуктов прикорма детям, страдающим пищевой аллергией? Профессор Захарова И.Н.

– Назначение прикорма младенцам, страдающим пищевой аллергией, требует особого подхода, учитывающего степень тяжести и остроту аллергического процесса, нутритивный статус ребенка, наличие у него сопутствующих заболеваний. Неотъемлемой частью индивидуального планирования рациона питания является использование гипоаллергенных монокомпонентных продуктов и блюд промышленного производства, постепенное увеличение суточного объема продукта и четкий контроль за состоянием ребенка на этапе расширения рациона. Сроки введения продуктов и блюд прикорма больным, страдающим пищевой аллергией, могут отличаться от таковых у здоровых детей. При условии нормального нутритивного статуса ребенка начинать прикорм целесообразно не ранее 5–5,5 месяцев. В качестве первого продукта прикорма может быть рекомендовано монокомпонентное овощное пюре или безмолочная каша. С учетом высокого риска формиро-

вания недостаточности питания у младенцев, страдающих пищевой аллергией, особенно при доминировании гастроинтестинальных проявлений заболевания, для обеспечения достаточной калорийности рациона стоит отдать предпочтение безмолочным кашам, приготовленным на лечебной смеси или грудном молоке. Говоря о выборе злаковых продуктов при пищевой аллергии, стоит отметить, что для начала прикорма следует использовать безмолочные безглютеновые каши, учитывая, что пшеница занимает 3-е место по значимости среди пищевых аллергенов у детей. Как и для здоровых младенцев, новый продукт рекомендуется вводить в первую половину дня, начиная с ½–1 ч. л. с постепенным увеличением объема до 150 г. При хорошей переносимости злакового прикорма, в качестве второго продукта для ребенка, не достигшего возраста 6 месяцев, может быть рекомендовано гипоаллергенное монокомпонентное овощное пюре. Правила введения продукта аналогичны таковым для злакового прикорма, рекомендуемый суточный объем также соответствует 150 г. Третьим продуктом прикорма является мясное пюре. Учитывая антигенное сходство говядины с белками коровьего молока, для младенцев с пищевой аллергией в качестве альтернативы могут использоваться мясные пюре на основе кролика или индейки. Стоит отметить, что иногда мясное пюре может являться вторым продуктом, например, для детей с поздним началом прикорма (с 5,5 мес.). Обычно в данном случае к 6 месяцам удается ввести только каши. Введение мяса перед овощами оправданно с точки зрения необходимости поддержания нутритивного статуса, обеспечения белковой части рациона у ребенка второго полугодия жизни, а также профилактики железодефицитных состояний, особенно у младенцев, находящихся на грудном вскармливании в условиях соблюдения матерью строгой гипоаллергенной диеты. При условии, что три основных составляющих прикорма (каши, овощное и мясное пюре) успешно введены в рацион, дальнейшее планирование рациона подразумевает постепенное расширение набора овощей (кабачки, цукини, цветная капуста, брокколи) и злаков (за счет безглютеновых злаков – гречка, кукуруза, рис), введение в рацион овоще-крупяных блюд. Формированию вкусовых ощущений может способствовать использование фруктовых пюре, из которых предпочтение следует отдать монокомпонентным яблочному и грушевому пюре.

– Ирина Николаевна, а каково Ваше отношение к введению творога, яиц и кисломолочных продуктов в рацион питания детей? Профессор Захарова И.Н.

– Детям с пищевой аллергией данные продукты обычно на первом году жизни не вводятся. Решение вопроса об их введении целесообразно решать на основании оценки динамики клинического состояния ребенка и определения уровня специфических IgE, свидетельствующих о степени сенсибилизации к данным аллергенам.

Здоровым младенцам данные продукты вводятся в рацион в соответствии с рекомендациями Национальной программы. Особое внимание необходимо уделить своевременному введению в рацион ребенка творога,

являющегося важнейшим источником кальция во втором полугодии жизни.

– Юлия Андреевна, скажите, пожалуйста, насколько продукты прикорма могут использоваться в целях профилактики и терапии функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей первого года жизни?

Доцент Дмитриева Ю.А.

– Частой проблемой, с которой обращаются за консультацией родители детей первого года жизни, являются запоры, развивающиеся после начала введения прикорма. Безусловно, уменьшение в рационе количества жидкой пищи (грудного молока или смеси) и переход на более плотные продукты может привести к изменению характера стула и формированию более твердого кала. С целью профилактики и лечения запоров в данном случае можно сформулировать следующие рекомендации. Во-первых, это дополнительная дотация жидкости ребенку на этапе введения продуктов прикорма. В качестве питья можно рекомендовать детскую воду, например воду «ФрутоНяня». Наряду с гарантированными параметрами химической и микробиологической безопасности, позволяющими использовать ее без предварительной термической обработки, а также постоянным макро- и микроэлементным составом, соответствующим метаболизму младенца, специализированная детская вода является важным источником фтора, обеспечивая профилактику фтордефицитных состояний у ребенка первого года жизни. В качестве питья можно также рекомендовать фруктовые соки, по возможности чередуя их с водой, при этом предпочтение следует отдавать сокам без добавления сахара.

При выборе продуктов прикорма, вводимых ребенку, имеющему склонность к запорам, следует обращать внимание на наличие в них пищевых волокон. Общими характеристиками пищевых волокон является не только их устойчивость к действию пищеварительных ферментов и всасыванию в тонкой кишке, но и способность частично или полностью ферментироваться в просвете толстой кишки. Пищевые волокна способны эффективно удерживать воду в кишечнике, что обеспечивает оптимальную консистенцию каловых масс и положительно влияет на кишечную моторику. В качестве пребиотического компонента в ряд продуктов прикорма «ФрутоНяня» (каши, йогурты) введен инулин. Подобно другим пищевым волокнам, инулин при попадании в пищеварительный тракт в неизменном виде достигает толстой кишки, где проявляет свои функциональные свойства, избирательно стимулируя рост и метаболическую активность симбиотной флоры, активируя кишечную перистальтику и препятствуя возникновению запоров.

– Ирина Николаевна, частая проблема, с которой сталкиваются родители при введении прикорма, – отказ ребенка от новых продуктов. Какие советы можно дать в таких случаях? Профессор Захарова И.Н.

– Для успешного перехода от вскармливания грудным молоком или смесью ребенку необходимо научиться воспринимать новые продукты, которые предлагают родители. Негативное отношение ребенка к новой

незнакомой пище характеризуется термином «неофобия». Существует мнение, что неофобия является своеобразным защитным механизмом. Cashdan E. в своем исследовании показал, что наиболее часто негативное отношение к новой пище отмечается в раннем возрасте, особенно в период введения прикорма, когда ребенок знакомится с продуктами, существенно отличающимися по составу от грудного молока [12]. Дети в возрасте 1–3 лет становятся более подвижными и часто ускользают из-под внимания взрослых, при этом ребенок еще не готов воспринимать слова родителей, запрещающих пробовать продукты, поднятые с пола, неизвестные ягоды в лесу, неизвестные жидкости и т. д. Таким образом, отказ ребенка от неизвестных продуктов в этот период может в определенной степени снизить риск аллергических реакций и отравлений. В дальнейшем неофобия становится существенной проблемой как для родителей, так и для педиатров, поскольку часто это приводит к невозможности ввести в рацион питания необходимые продукты, являющиеся важными источниками эссенциальных нутриентов. В частности, в одном исследовании, включившем почти 600 детей в возрасте 2–6 лет, было продемонстрировано, что достоверно чаще дети отказываются от новых овощей, фруктов и мяса, являющихся важной составляющей рациона питания, в то время как молочные продукты и кондитерские изделия пробуют с удовольствием [13].

В 90-х годах прошлого века американскими учеными было проведено исследование, посвященное исследованию феномена неофобии и возможностям ее преодоления. Результаты работы оказались обнадеживающими, продемонстрировав, что большинство продуктов, от которых дети вначале отказываются, воспринимаются ими в дальнейшем абсолютно нормально [14]. В ходе исследования новые продукты предлагались младенцам повторно в небольшом количестве. Учеными было отмечено, что изменения восприятия новых продуктов происходило не только при повторном пробовании, но и когда дети просто смотрели на пищу или ощущали ее запах. Следует отметить, что изменение отношения ребенка к новому продукту происходило не сразу, а часто лишь после 8–10 попыток предложить младенцу продукт. Результаты данного исследования соответствовали ранее полученным результатам наблюдения за детьми раннего возраста с целью определения основной доминанты, определяющей предпочтение ребенком тех или иных продуктов. Первой доминантой, как и ожидали исследователи, оказался сладкий вкус продукта, а вторым по силе фактором стало ранее приобретенное знакомство с продуктом. Этот факт должен обязательно учитываться родителями и педиатрами, консультирующими по вопросам питания, поскольку обычно ребенку не оставляют достаточно времени, чтобы познакомиться с новой пищей, расценивая первые отказы как стойкое неприятие. В этом случае продукт обычно больше не предлагается, и ребенок лишается возможности научиться воспринимать незнакомую пищу. Детей с подобными сложностями введения прикорма педиатры часто называют «малоежками» и вместе с родителями стараются найти

различные способы их накормить, часто прибегая к насильственному кормлению. Данная практика усугубляет исходно негативное отношение ребенка к новой пище и формирует особенности пищевого поведения, которые очень сложно изменить в последующем. Чтобы преодолеть негативное отношение ребенка к новым продуктам необходимо строить его рацион питания не только с позиции сбалансированности по основным нутриентам, но и с учетом индивидуальных вкусовых предпочтений.

– Наринэ Григорьевна, правда ли, что разнообразный набор продуктов на этапе введения прикорма может помочь преодолеть развитие неофобии?

Доцент Сугян Н.Г.

– Это действительно так. Существуют исследования, указывающие на то, что разнообразие питания ребенка в период введения прикорма может существенно снизить риск развития неофобии в более старшем возрасте [15, 16]. В то же время Rigal N. при обследовании детей, страдавших в раннем детстве пищевой аллергией и находившихся на строгой диете, продемонстрировал, что частота развития неофобии у них была существенно выше, нежели у их исходно здоровых сверстников [17]. Более того, у обследованных пациентов была отмечена четкая корреляция между степенью неофобии и количеством исключенных из рациона продуктов питания в момент соблюдения элиминационной диеты. Таким образом, результаты исследований демонстрируют, что своевременное введение прикорма и формирование рациона питания младенца с включением различных продуктов, отвечающих индивидуальным вкусовым предпочтениям ребенка, будет залогом нормального роста и развития ребенка, обеспечит правильное формирование вкусовых предпочтений и снизит вероятность отказа от необходимых продуктов в последующем.

– Ирина Николаевна, как бы Вы могли в заключение суммировать основные современные рекомендации в отношении практики введения продуктов прикорма?

Профессор Захарова И.Н.

– Результаты многочисленных научных исследований, а также собственный клинический опыт позволяют сформулировать основные практические рекомендации по введению продуктов прикорма детям первого года жизни следующим образом:

- с учетом физиологических особенностей организма ребенка, а также современной концепции пищевого программирования, наиболее оптимальным сроком введения продуктов прикорма является период с 4 до 6 месяцев;
- в отношении сроков и последовательности введения отдельных продуктов прикорма следует придерживаться рекомендаций Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, разработанной ведущими отечественными нутрициологами;
- дифференцированный подход к введению прикорма ребенку первого года жизни является важной составной

частью терапии функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта младенца, аллергических заболеваний и дефицитных состояний;

- прикорм ребенку 1 года жизни должен вводиться с использование продуктов промышленного производства;
- современные технологии производства продуктов прикорма для детей 1 года жизни обеспечивают практическому врачу полную линейку продуктов, обладающих функциональными свойствами, позволяющих активно их использовать как у здоровых детей, так и у младенцев, имеющих различные отклонения в состоянии здоровья;
- поскольку дети с большим желанием воспринимают новые продукты в период от начала введения прикорма до 2 лет, рацион питания в этом возрасте должен быть

составлен из качественных и разнообразных продуктов, соответствующих физиологической потребности ребенка;

- для улучшения восприятия нового вкуса может потребоваться до 8–10 повторных попыток введения нового продукта;

- формирование предпочтения к определенному уровню сладкого или соленого также находится под влиянием первых встреч с новыми вкусами, что указывает на необходимость четкого контроля за содержанием соли и сахара в продуктах прикорма;

- вкусовые предпочтения ребенка не будут сформированы правильно, если с ранних этапов развития не учитывать социальные аспекты и национальные традиции питания, свойственные различным культурам.



Таблица. Схема введения прикорма детям первого года жизни

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 неадаптированные молочные 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

*ранее 5,5 мес.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. М., 2009. 64с.
2. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *JPGN*, 2008, 46: 99–110.
3. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; March 28–30, 2001 (http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf).
4. Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E et al. Randomized Feeding Intervention in Infants at High Risk for Celiac Disease. *N Engl J Med*, 2014, 371: 1304–1315.
5. Lionetti E, Castellanea S, Francavilla R et al. Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. *N Engl J Med*, 2014 Oct 2, 371(14): 1295–1303.
6. Steiner JE. Facial expressions of the neonate infant indicating the hedonics of food-related chemical stimuli. In: Weiffenbach JM ed.: Taste and development. Bethesda: DHEW, 1977: 173–89.
7. Rosenstein D, Oster H. Differential facial responses to four basic tastes in newborns. *Child Development*, 1988, 59(6): 1555–1568.
8. Ganchrow JR, Steiner JE, Daher M. Neonatal facial expressions in response to different qualities and intensities of gustatory stimuli. *Infant Behavior & Development*. 1983, 6: 473–484.
9. Beauchamp GK, Moran M. Acceptance of sweet and salty taste in 2-year-old children. *Appetite*, 1985, 5: 291–305.
10. Menella JA, Beauchamp GK. The early development of human flavor preferences. In: Capaldi ED, ed. Why we eat what we eat: The physiology of eating. Washington DC: American Psychological Association, 1996: 83–112.
11. Geleijnse JM, Hofman A, Witterman JC et al. Long-term effects of neonatal sodium restriction on blood pressure. *Hypertension*, 1997 Apr, 29(4): 913–7.
12. Cashdan E. A sensitive period for learning about food. *Hum Nat*, 1994, 5: 279–291.
13. Cooke L, Wardle J, Gibson EL. The relationship between child food neophobia and everyday food consumption. *Appetite*, 2003, 41: 205–206.
14. Birch LL, Fisher JA. Appetite and eating behavior in children. *Pediatric Clinics of North America*, 1995, 42(4): 931–953.
15. Pelchat M, Pliner P. Antecedents and correlates of feeding problems in young children. *J Nutr Educ*, 1986, 18: 23–29.
16. Skinner JD, Carruth BR, Bounds W et al. Do food-related experiences in the first 2 years predict dietary variety in school-aged children? *J Nutr Educ Behav*, 2002, 34: 310–315.
17. Rigal N, Reiter F, Morice C et al. Food allergy in the child: an exploratory study on the impact of the elimination diet on food neophobia. *Arch Pediatr*, 2005, 12: 1714–1720.