



«Первый выбор» должен быть правильным!

Питание ребенка в течение первого года жизни во многом определяет его здоровье и вкусовые предпочтения в будущем. Несмотря на то что самым полезным продуктом является материнское молоко, наступает момент, когда его становится недостаточно для полноценного роста и развития ребенка. Введение прикорма в пищевой рацион ребенка первого года жизни – сложный многофакторный процесс. Крайне важно правильно подобрать продукты для прикорма. Предпочтение следует отдавать низкоаллергенным однокомпонентным продуктам промышленного производства, положительно зарекомендовавшим себя на отечественном рынке.

На симпозиуме, организованном в рамках IV Всероссийской научно-практической конференции по детской гастроэнтерологии и нутрициологии ОАО «ПРОГРЕСС» (Москва, 21 октября 2015 г.), ведущие российские специалисты проанализировали актуальные вопросы введения прикорма у детей первого года жизни, новые подходы к формированию правильного пищевого поведения и вкуса.



Профессор
Т.Н. Сорвачева

Заведующая кафедрой диетологии и нутрициологии Российской медицинской академии последипломного образования, д.м.н., профессор Татьяна Николаевна СОРВАЧЕВА рассмотрела аспекты введения прикорма детям первого года жизни с позиций национальных традиций и новых научных подходов. Она отметила, что последние несколько лет тема прикорма детей раннего возраста стала предметом активных дискуссий среди педиат-

Национальные традиции по введению прикорма. Выбор на генетическом уровне

ров, диетологов и нутрициологов. За этот период была унифицирована терминология, изменились сроки введения прикорма и схемы вскармливания, расширились представления о роли прикорма в развитии ребенка.

Сроки введения прикорма и в России, и за рубежом неоднократно пересматривались. В рекомендациях по введению прикорма 1960–1970 гг. сроки введения прикорма детям на естественном вскармливании незначительно отличались от современных. Так, введение зернового прикорма и овощного пюре рекомендовалось с четырех-пяти месяцев, мясного пюре – с шести месяцев. При искусственном вскармливании прикорм вводили на две недели раньше.

Согласно методическим рекомендациям по вскармливанию детей первого года жизни 1982 г. первый прикорм в виде сока назначали

с одного месяца жизни. Необходимость раннего прикорма рассматривалась как дополнение к грудному молоку или смеси пищевых веществ, которых на определенном этапе лактации становилось недостаточно для растущего организма ребенка. Роль прикорма также анализировали с точки зрения влияния на моторику и ферментативную активность желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В 1999 г. были изданы новые рекомендации, терминология унифицирована в соответствии с общепринятой мировой практикой. Были изменены сроки назначения прикорма на основании новых данных о возрастных физиолого-биохимических особенностях организма ребенка. Расширилось представление о роли прикорма. Наиболее значимым достижением этого этапа стало определение коридора адекватного воспри-



Сателлитный симпозиум ОАО «ПРОГРЕСС»

ятия прикорма. Сроки назначения фруктового компонента сдвинулись до трех месяцев. В этот период в педиатрической практике были созданы предпосылки для индивидуального подхода.

На сегодняшний день вопросу рационального вскармливания ребенка уделяется особое внимание. Расширяются знания о роли прикорма. Доказано, что прикорм влияет не только на моторику ЖКТ, формирование нервно-рефлекторной координации глотания, жевания, но и на формирование вкуса и сенсорного восприятия, состояние микробиоты, способствует переходу от преимущественно липидного типа питания к углеводному.

На основании последних национальных рекомендаций приняты единые сроки введения прикорма при естественном и искусственном вскармливании, отдалены сроки назначения прикорма до четырех – шести месяцев. Расширен диапазон для введения овощного пюре и каш с учетом индивидуальных особенностей ребенка, отдалены сроки назначения творога, неадаптированных кисломолочных продуктов. Коровье молоко рекомендуется использовать только для приготовления прикорма. Мировая наука не стоит на месте, и в последние годы возникло целое научное направление – нутригенетика. Этот термин впервые использовал П.О. Бреннан в 1975 г. В собственном исследовании он изучал, как генетические различия заставляют людей по-разному реагировать на одни и те же питательные вещества.

Как известно, молекулы ДНК в ядрах клеток представляют собой банки памяти, содержащие всю генетическую информацию. У каждого человека свой генофонд. При этом на генетическую программу воздействуют внешние факторы.

Нутригеномика – наука о влиянии питания на экспрессию генов. Она изучает эффекты нутриентов и их связь с характеристиками экспрессии гена, протеомикой, метаболомикой, что приводит к метаболическим изменениям в организме. Так, изменение стереотипа питания у китайцев и японцев значительно повлияло на увеличение параметров роста населения.

Исходя из сказанного рекомендации по питанию детей раннего возраста должны основываться на научных данных. Нутригенетика исследует эффекты генетической вариативности влияния нутриентов на здоровье и развитие ребенка и позволяет создавать научно обоснованные рекомендации по питанию на основании генетической информации.

В педиатрической практике особый интерес вызывает концепция пищевого программирования. Воздействие определенных факторов (характер питания) в критические периоды жизни ребенка предопределяет особенности его метаболизма в будущем и, как следствие, предрасположенность к определенным заболеваниям и особенностям их течения.

Эпигенетика – наука, исследующая изменение активности генов, не затрагивающее структуру ДНК, но приводящее к проявлению модификаций, передающихся по наследству. Доказано, что наиболее значимо питание воздействует на ребенка в период внутриутробного развития и в течение первых 24 месяцев после рождения. Питание в течение внутриутробного периода и первого года жизни определяет как здоровье, так и вкусовые предпочтения и пищевое поведение ребенка в будущем.

До определенного периода пищевое поведение связывали с видом вскармливания, в частности с избыточным потреблением белка

при искусственном вскармливании. Эта тема не утратила актуальности и сегодня.

В настоящее время особое значение исследователи придают не столько количеству, сколько качеству потребляемого белка, например содержанию аминокислот (валин, лейцин, изолейцин и др.). По единодушному мнению международных экспертов, вводить прикорм в рацион питания здоровых доношенных детей целесообразно в интервале четырех – шести месяцев.

В последние годы рассматривается возможная роль прикорма в концепции ряда алиментарно-зависимых заболеваний, в частности ожирения – эпидемии XXI в. Введение прикорма в рацион ребенка ранее четырех месяцев связано с увеличением массы тела выше нормы в возрасте до двух лет, частоты аллергических реакций¹.

Введение высококалорийного прикорма связано с повышением в два-три раза риска ожирения в дошкольном и школьном возрасте.

Введение при искусственном вскармливании прикорма ранее четырех месяцев ассоциируется с шестикратным увеличением риска ожирения в возрасте трех лет. Причем при естественном вскармливании такой взаимосвязи не установлено, а отмечен профилактический эффект грудного вскармливания².

Эпидемиологические исследования Научно-исследовательского института питания продемонстрировали, что в последние годы в России увеличилось количество детей в возрасте от двух лет с повышенным индексом массы тела и риском развития ожирения.

Специалисты разрабатывают алгоритмы введения прикорма детям группы риска по ожирению при различных видах вскармли-

недидия

¹ Zutavern A., Brockow I., Schaaf B. et al. 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. Vol. 121. № 1. P. e44–e52.

² Pearce J., Taylor M.A., Langley-Evans S.C. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review // *Int. J. Obes.* (Lond.). 2013. Vol. 37. № 10. P. 1295–1306.



XIV Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

педиатрия

ливания. Прикорм должен быть дифференцирован в зависимости от вида вскармливания.

Профессор Т.Н. Сорвачева отметила, что необходимо избегать повышенного потребления белка как со смесью, так и с прикормом, с осторожностью вводить высокобелковые молочные продукты, такие как творог, кефир, йогурт, не превышать рекомендуемых порций. Нельзя забывать и об увеличении распространенности аллергических заболеваний. В связи с этим необходимо предпринимать действенные профилактические меры с самого раннего возраста ребенка. В качестве основных традиционных направлений профилактики аллергии рассматриваются продолжительное естественное вскармливание, отдаление сроков назначения прикорма, применение гипоаллергенных диет и разработка широкого ассортимента гипоаллергенных продуктов.

Таким образом, начинать прикорм детям до года необходимо с гипоаллергенных продуктов.

В соответствии с современными представлениями сроки назначения глютеносодержащего прикорма в отечественных рекомендациях отдалены до восьми – десяти месяцев, в зарубежных – 12 месяцев жизни ребенка. В качестве первого злакового прикорма следует использовать каши из безглюте-

новых злаков (рисовую, гречневую и кукурузную).

Несмотря на то что, по некоторым данным, постепенное введение глютена при естественном вскармливании является профилактикой целиакии, последние данные говорят о том, что срок введения глютена не влияет на последующее развитие целиакии. Тем не менее позднее введение глютена отодвигает срок ее манифестации. В отсутствие убедительных доказательств с целью снижения риска развития целиакии целесообразно избегать как раннего (до четырех месяцев), так и позднего (после семи месяцев) введения глютена и вводить его в рацион на фоне грудного вскармливания³.

Данные многочисленных исследований показывают, что железу принадлежит ключевая роль в образовании миелина, миелинизации нейронов, развитии мозга, а также в психомоторном и когнитивном развитии ребенка. Дефицит железа относится к числу наиболее распространенных видов дефицитных состояний в мире. Ребенок первого года жизни входит в группу риска по развитию дефицита железа после четырех-пяти месяцев жизни, когда истощаются запасы железа, полученные от матери, и метаболизм железа должен осу-

ществляться за счет его алиментарного поступления. Наиболее эффективными подходами к профилактике железодефицитной анемии считаются диетологические – естественное вскармливание, адекватное содержание железа в смесях, обогащение продуктов прикорма и адекватные сроки введения прикорма.

В концепции адекватного обеспечения железом в период прикорма можно рассматривать зерновые каши, обогащенные железом, и мясное пюре. Для первого прикорма можно использовать безмолочные гипоаллергенные каши «ФрутоНяня» (ОАО «ПРОГРЕСС»). Они восполняют до 20% суточной потребности в железе, содержат витамины и необходимый для развития организма ребенка цинк. Впоследствии применяют молочные каши, в которых удельный вес железа повышается.

Мясо необходимо растущему организму ребенка как источник белков животного происхождения, незаменимых аминокислот, необходимых для нормального роста и развития. Мясное пюре характеризуется достаточным уровнем гемового железа с высокой степенью биодоступности. Мясной прикорм детям первого года жизни рекомендуется назначать не позднее шести месяцев. Мясное пюре вводится в рацион после зернового прикорма и овощного пюре. Примерный алгоритм введения прикорма детям группы риска по железодефицитным состояниям и анемии с использованием продуктов для прикорма «ФрутоНяня» серии «Первый выбор» представлен на рисунке.

В ассортименте детского питания «ФрутоНяня» серии «Первый выбор» представлены однокомпонентные безмолочные каши (рисовая и гречневая), овощные (из брокколи и из цветной капусты), фруктовые (из яблок и груш), мясные (из кролика и из индейки) пюре, соки (из яблок и из груш)

Возраст, мес						
1-3	4	5	6	7	8	9-12
			Гречневая каша			
			Овощное пюре из брокколи			
			Фруктовый компонент			
			Мясное пюре из индейки			
			Желток			
					Кефир, йогурт	

Рисунок. Примерный алгоритм введения прикорма детям группы риска по железодефицитным состояниям и анемии

³ Vriezanga S.L., Auricchio R., Bravi E. et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease // N. Engl. J. Med. 2014. Vol. 371. № 14. P. 1304–1315.



Сателлитный симпозиум ОАО «ПРОГРЕСС»

для первого знакомства с каждой категорией продуктов детей, находящихся на естественном вскармливании.

Таким образом, ассортимент блюд и продуктов прикорма отечественного промышленного изготовления в настоящее время достаточно разнообразен и поз-

воляет составить полноценный рацион с учетом состояния здоровья ребенка.

В заключение профессор Т.Н. Сорвачева отметила, что введение прикорма на территории такой многонациональной и огромной страны, как Россия, происходит по-разному. Следует учитывать генетичес-

кую предрасположенность детей к продуктам питания. На современном этапе должен быть достигнут консенсус между национальными традициями и новыми тенденциями. Необходимо анализировать новые мировые научные данные и накапливать собственный опыт.

Вкусовая рецепция и формирование вкусовых предпочтений

Доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной педиатрии № 2 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, академик РАЕН, академик РАМТН Сергей Викторович БЕЛЬМЕР отметил, что на формирование вкусовых предпочтений влияет ряд факторов, прежде всего генетические факторы, определяющие особенности рецепторного аппарата. Как известно, вкусовые предпочтения в разных уголках земного шара различны. Вместе с тем доказано, что вкусовые предпочтения ребенка определяет и характер питания женщины во время беременности и естественного вскармливания. На формирование вкусовых предпочтений влияют характер питания ребенка в первые годы жизни, физиологические и метаболические особенности организма. Не последнюю роль играют и социальные факторы, особенно для детей старше трех лет и взрослых.

Вкусовые ощущения, определяющие качество пищи, являются результатом раздражения специальных рецепторов. Рецепторы на языке и небе различают пять основных вкусов: горький, кислый, сладкий, соленый и умами (L-глутамат). Специализированные рецепторы, расположенные в полости рта, реагируют на жирные кислоты, воду и другие нутриенты.

Вкусовые органы сосредоточены главным образом на сосочках языка и отчасти на мягком небе

и задней стенке глотки. Больше всего их на кончике, краях и задней части языка. Язык покрыт 5000 сосочков различной формы. Каждый из них содержит вкусовые почки, состоящие из 50–100 вкусовых рецепторных клеток (Taste Receptor Cells, TRCs).

Вкусовые почки содержат клетки разных типов (псевдоглиальные, рецепторные, пресинаптические). Вкусовые клетки имеют специфичный набор рецепторов, благодаря которым человек способен распознавать вкус. Сенсоры, распознающие горьковатое, сладкое и умами, относятся к семейству GPCR (G Protein-Coupled Receptor). Сенсор для сладких веществ представлен димером из двух рецепторных белков – T1R2 и T1R3, сенсор умами – димером T1R1–T1R3. Сенсоры горьковатого вкуса включают свыше 30 рецепторов группы T1R2.

Кислый и соленый вкусы воспринимает другой тип рецепторов, являющихся по сути ионными каналами (ASIC, ENaC).

В последние годы ученые регулярно открывают рецепторы, отвечающие за новые вкусовые ощущения, – рецепторы к жиру, вкусу кальция, воде и др.

Процесс формирования вкусового восприятия начинается внутриутробно и продолжается во время грудного вскармливания и на ранней стадии периода введения прикорма. Вкусовые луковицы появляются у плода на седьмой-восьмой неделе внутриутробного развития и достигают относительной морфологической зрелости



Профессор
С.В. Бельмер

к 15-й неделе. Амниотическая жидкость, которая служит специфичной сенсорной средой для плода, меняется в зависимости от рациона питания беременной. Употребляемые ею продукты влияют на вкус амниотической воды, которую заглатывает плод.

Новорожденные реагируют на вкусовую картину с учетом внутриутробного опыта. Они позитивно реагируют на сладкий вкус, негативно – на горький и кислый, нейтрально – на соленый. Материнское молоко богато свободными аминокислотами, среди которых преобладает глутамат, и летучими ароматическими веществами. Они определяют приверженность новорожденных именно этому продукту. Для ребенка первых месяцев жизни грудное молоко – самый оптимальный и вкусный продукт.

Употребление сладких продуктов в первые месяцы жизни предопределяет предпочтение к сладкому вкусу у детей старше одного года. Соленое ребенок начинает воспринимать к четырем месяцам. Следует отметить, что ребенок отдает предпочтение со-



XIV Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

педиатрия

леному вкусу, если в период внутриутробного развития у матери имел место токсикоз. Приверженность соленому вкусу в старшем возрасте определяется уровнем потребления соли в первые месяцы жизни.

Как показали результаты исследований, питание в первые месяцы жизни формирует вкусовые предпочтения. Так, если с первых дней жизни ребенку давать горькие продукты, то в дальнейшем он будет воспринимать этот вкус как нормальный⁴.

Таким образом, в период грудного вскармливания и введения прикорма ребенок отдает предпочтение тем продуктам, которые употребляла его мать во время беременности.

В клиническом исследовании I.A. Mennella и соавт. беременных рандомизировали на три группы. В первой группе женщины употребляли морковный сок несколько дней в неделю в течение третьего триместра беременности. Во второй группе данный продукт употребляли в том же количестве и с такой же частотой в течение первых трех месяцев лактации. В третьей группе из рациона питания женщин исключили морковь и морковный сок на период беременности и лактации. После рождения дети женщин, включенных в исследование, находились на грудном вскармливании.

Результаты исследования показали, что дети женщин первой и второй групп при введении прикорма отдавали предпочтение продуктам с морковью по сравнению с детьми женщин третьей группы⁵.

Для формирования вкусовых предпочтений важен период с двух до семи месяцев жизни. В целом вкусовые предпочтения формируются в первые три года жизни. Очень важно, чтобы продукты прикорма соответствовали вкусовым предпочтениям, были вкусными и полезными.

В линейке марки «ФрутоНяня» представлен разнообразный ассортимент высококачественных и безопасных для ребенка продуктов для прикорма: фруктовые и овощные пюре, каши, очищенная питьевая вода, молочная продукция и др. Среди продуктов прикорма следует выделить те, которые рекомендуется давать детям в качестве первого прикорма.

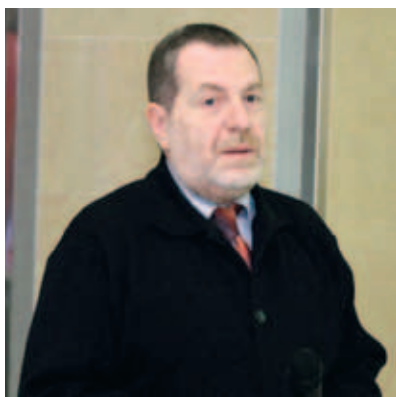
В исследовании динамики функциональных расстройств ЖКТ и кожных аллергических проявлений при введении продуктов прикорма «ФрутоНяня» участвовали дети в возрасте четырех – шести месяцев, не получавшие и/или ранее продукты прикорма. Для изучения гипоаллергенности были подобраны следующие продукты: овощное пюре (брок-

коли, цветная капуста, тыква), фруктовое пюре (яблоко, груша, чернослив), каши (рисовая безмолочная, гречневая безмолочная), пюре из мяса (индейка, кролик), соки (из яблока осветленный, из груши осветленный, из яблока и груши с мякотью).

Все дети получали продукты прикорма «ФрутоНяня» (каши и фруктовые овощные, мясные пюре и соки) в соответствии с возрастом, срок введения продукта каждого вида составил 10–14 дней. При использовании данных продуктов прикорма у детей снижались выраженность функциональных расстройств ЖКТ и частота развития кожных симптомов аллергии. Результаты иммунологического исследования показали отсутствие или крайне низкую иммуногенность 13 продуктов прикорма «ФрутоНяня».

Таким образом, продукты прикорма «ФрутоНяня» (ОАО «ПРОГРЕСС») обладают низкой иммуногенностью, не вызывают аллергических реакций и могут быть использованы в качестве первого прикорма у детей первых месяцев жизни.

Подводя итог, профессор С.В. Бельмер подчеркнул, что ранний вкусовой опыт определяет вкусовые предпочтения на всю жизнь, а приверженность конкретному типу питания определяет здоровье взрослого человека.



Профессор
А.И. Хавкин

Нарушение пищевого поведения у детей раннего возраста

О проблемах и особенностях нарушения пищевого поведения у детей рассказал д.м.н., профессор, заведующий отделением гастроэнтерологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева Российского национального исследовательского медицинского универси-

тета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова Анатолий Ильич ХАВКИН. По его словам, формирование пищевого поведения начинается внутриутробно и обусловлено особенностями пищевого поведения и пищевыми предпочтениями матери. Во внутриутробном четырехмесячном возрасте у ребенка появляются первые глотательные движения:

⁴ Mennella J.A., Griffin C.E., Beauchamp G.K. Flavor programming during infancy // Pediatrics. 2004. Vol. 113. № 4. P. 840–845.

⁵ Mennella J.A., Jagnow C.P., Beauchamp G.K. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants // Pediatrics. 2001. Vol. 107. № 6. P. E88.



Сателлитный симпозиум ОАО «ПРОГРЕСС»

открытие и закрытие рта, заглатывание амниотической жидкости. Плод заглатывает в течение суток около 450 мл жидкости, белок которой служит источником питания и стимулятором функциональной активности ЖКТ. На пятом месяце у плода появляются спонтанные жевательные и сосательные движения. Под влиянием амниотической жидкости формируются вкусовые и обонятельные предпочтения, значимые для поддержания нутритивных потребностей ребенка и формирования первых сенсорных впечатлений о матери с последующим предпочтением ее запаха другим.

У новорожденного основой пищевого поведения является процесс сосания, который возникает спонтанно, независимо от процесса кормления. В организации пищевого поведения имеют значение поисковый рефлекс ребенка, направленный на поиск соска матери, захват соска и сосание. Поиск соска осуществляется под влиянием вкуса и запаха околоплодной жидкости. Причем выявлено сходство состава слюны матери, амниотической жидкости и молозива.

Грудное молоко служит своеобразным мостиком между внутриутробным периодом жизни ребенка (плацентарное питание) и внеутробным. Материнское молоко как продукт питания разрешает все противоречия между анатомо-функциональной незрелостью и высоким уровнем метаболизма новорожденного.

Различают несколько основных периодов грудного вскармливания:

- подготовительный – со школьного возраста и до конца беременности, когда формируется психологическая установка будущей матери на кормление грудью;
- период взаимоиндукции – время от первого прикладывания новорожденного к груди сразу после родов и до появления значимой секреции, или прилива

молока, на третий – пятый день после родов;

- адаптационный – от нерегулярного режима вскармливания до формирования устойчивого ритма голода и насыщения.

Основной период грудного вскармливания – это период успешного кормления с постепенно возрастающими или постоянными интервалами, хорошим эмоциональным контактом между матерью и ребенком при кормлении, накоплением подкожного жирового слоя у ребенка.

Лактационный криз – период кратковременного снижения лактации, который выражается проявлениями беспокойства у ребенка, урежением стула. При адекватных мерах лактация восстанавливается.

В критический период грудного вскармливания при нормальной лактации у ребенка выявляются нарастающие признаки относительной недостаточности питания, указывающие на необходимость введения прикорма.

Известно два критических этапа формирования пищевого поведения: первые дни жизни, когда привязанность младенца к матери обусловлена физиологическими причинами, и восьмой-девятый месяц жизни ребенка, когда включаются сложные эволюционно-психологические механизмы, характеризующие потребность ребенка в защищенности. Любые нарушения отношений между матерью и ребенком в эти периоды (неадекватное поведение матери, разлука, иные ситуации) могут приводить к расстройству приема пищи.

Существуют объективные предпосылки для нарушения пищевого поведения ребенка. В первую очередь это пищевая неофобия – естественно сформировавшаяся осторожность перед употреблением неизвестной пищи. Кроме того, отказ от еды обусловлен снижением темпов роста к концу первого года жизни и потребностью ребенка в самоутверждении и независимости.

Наличие критических периодов формирования пищевого поведения в сочетании с объективными предпосылками лежит в основе расстройств питания у детей.

У детей, находящихся на грудном вскармливании до шести месяцев, риск развития расстройств питания невысок. Раннее прекращение грудного вскармливания, нарушение сроков введения прикорма, потеря оптимального коридора формирования пищевой толерантности, необоснованная замена одного вида кормления другим могут служить предпосылками формирования нарушений пищевого поведения и расстройства питания у детей.

Следует отметить, что число детей с нарушениями пищевого поведения увеличивается с возрастом, особенно в период введения прикорма. Однако при оценке распространенности расстройств питания необходимо учитывать различный взгляд на проблему родителей, которые могут ее преувеличивать, и медицинских работников, опирающихся на объективные критерии.

Расстройства питания у детей могут быть связаны с наличием сопутствующей патологии органической природы, неорганической природы (нарушения поведения), а также комбинированными расстройствами, которые сочетают первые два варианта.

Предложены критерии наиболее распространенного расстройства пищевого поведения у детей раннего возраста – так называемой младенческой анорексии. О подобном состоянии может свидетельствовать отказ ребенка грудного или раннего возраста от употребления адекватного количества пищи в течение не менее одного месяца. Ребенок редко выражает чувство голода, не проявляет интереса к еде, у него наблюдается дефицит массы тела и роста. Отказ от пищи у такого ребенка, как правило, связан с началом кормления с ложки (шесть месяцев – три года).

неадекватная



XIV Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

При младенческой анорексии имеет место избирательный аппетит. Ребенок постоянно отказывается употреблять продукты определенного вкуса, запаха и цвета на протяжении более одного месяца. Неприятие сопровождается гримасами отвращения, рвотными движениями или рвотой. При этом привычные блюда ребенок ест без возражений. В отсутствие нутритивной поддержки развивается недостаточность питания, которая длительно не проявляется снижением массы тела и роста.

Неправильные типы питания также могут способствовать нарушению пищевого поведения. Речь идет о кормлении во сне, которое приводит к отказу от приема пищи днем, кормлении по расписанию, без учета индивидуальных особенностей ребенка, длительном приеме пищи, развлечениях во время еды, настойчивом и принудительном кормлении.

Если родители жалуются на привередливый прием пищи ребенка, опытный педиатр должен принять меры, чтобы предотвратить нарушенный характер питания. Необходимо оценить физическое и психомоторное развитие ребенка, провести профилактику недостаточности питательных веществ, уменьшить тревогу родителей. Большое значение имеют своевременное выявление механизмов отказа от пищи и разработка способов коррекции. В ряде случаев причиной отказа от еды является неправильное кормление. Родителям следует пересмотреть методы кормления, проявить уважение к решению ребенка отказаться от той или иной пищи. В любом случае необходимо внимательнее относиться к желаниям и потребностям ребенка, например, кормить его не по режиму, а когда проголодается. Естественное чувство голода должно быть единственной мотивацией для приема пищи. Если ребенок отказывается есть с ложки, нужно продолжать кормление из бутылочки еще

В ассортименте детского питания «ФрутоНяня» серии «Первый выбор» представлены однокомпонентные безмолочные каши (рисовая и гречневая), овощные (брокколи, цветная капуста), фруктовые (яблоко, груша), мясные (кролика, индейка) пюре, соки (яблоко, груша)

в течение месяца, подбирая соответствующие жидкие продукты прикорма.

Важный аспект работы педиатра при ведении детей с нарушениями пищевого поведения – консультирование родителей, направленное на снижение их тревожности.

Последствиями отсутствия коррекции могут быть приступы рвоты, сенсорное отвращение, снижение прибавки массы тела ребенка. В таких случаях развивается тяжелая степень нарушения питания, что негативно сказывается на развитии ребенка.

При выявлении тяжелых случаев нарушения пищевого поведения необходим комплексный подход нескольких специалистов. Только комплексный подход способствует достижению максимального клинического эффекта. Гастроэнтеролог может выявить заболева-

ние, ставшее причиной нарушения пищевого поведения, исключить желудочно-кишечные заболевания, диетолог откорректирует схему питания. Психолог поможет определить механизмы отказа от пищи. В случае дисфагии ребенку потребуются консультация логопеда.

Одним из способов коррекции нарушений пищевого поведения является применение адаптированных продуктов для детей. Использование продуктов «ФрутоНяня» для прикорма детей способствует формированию правильного пищевого поведения, развитию адекватных вкусовых предпочтений. Яркий дизайн упаковок детского питания, привлекательный вкус овощных, фруктовых и мясных пюре, зерновых каш вызывает позитивное отношение к процедуре приема пищи.

Заключение

Продукты «ФрутоНяня», производимые ОАО «ПРОГРЕСС», представлены в разнообразных категориях, что позволяет максимально удовлетворить потребности детей разного возраста.

В ассортименте марки «ФрутоНяня» соки и напитки, включая морсы и компоты, фруктовые, овощные и мясные пюре, каши, молочная продукция, вода.

В линейке «Первый выбор» представлены гипоаллергенные продукты для прикорма детей

первого года жизни: овощные пюре из брокколи, цветной капусты, пюре из яблок, груш, соки из яблок, груш, безмолочные, безглютеновые каши (рисовая и гречневая), пюре из мяса индейки и кролика, детская вода.

Продукты прикорма «ФрутоНяня», входящие в линейку «Первый выбор», обладают низкой иммуногенностью и не вызывают аллергических реакций, что делает их незаменимым компонентом лечебного и профилактического детского питания. ❁