

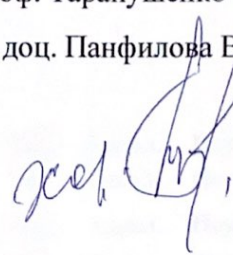
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н, проф. Гаранушенко Т.Е.

Проверила: д.м.н., доц. Панфилова В. Н.

Реферат



«Приучение ребёнка к твёрдой пище. Медицинские и психологические
нюансы»

выполнила: врач-ординатор, 1 год

Петрова Дарья Артуровна

г. Красноярск, 2022 год

15.11.2022
В.Н. Панфилова

Оглавление

Список сокращений	2
Актуальность	3
Общие положения	4
Медицинские аспекты введения прикорма.....	6
Правила введения твёрдого прикорма	10
Выводы	13
Список литературы	14

Список сокращений

ВОЗ – Всемирная Организация здравоохранения

ААП – Американская академия педиатрии

ESPGHAN – Европейское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов

Актуальность

В отечественной педиатрической практике вопросы, касающиеся введения прикорма у детей, всегда актуальны и дискуссионны. Представления о сроках и очередности введения продуктов прикорма, дифференцированном подходе в зависимости от вида вскармливания находятся в постоянном развитии вследствие получения новых данных и результатов проспективных исследований. [2]

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) и Американская академия педиатрии (ААП) рекомендует исключительно грудное вскармливание в течение 6 месяцев с последующим введением твердой пищи. Другие организации считают, что родители могут вводить кормление твердой пищей между 4 и 6 месяцами жизни ребенка, продолжая грудное вскармливание или кормление из бутылочки. [5]

Общие положения

Под прикормом подразумеваются все продукты, кроме женского молока и детских молочных смесей, дополняющие рацион пищевыми веществами, необходимыми для обеспечения дальнейшего роста и развития ребенка. Расширение рациона питания диктуется необходимостью дополнительного введения пищевых веществ, поступление которых только с женским молоком или детской молочной смесью становится недостаточным. Ребенок начинает испытывать потребность в широком комплексе минеральных веществ (железо, цинк, кальций и др.) и витаминов, других нутриентах (белке, жирах, углеводах, пищевых волокнах и др.), а также поступлении дополнительного количества энергии. Родители должны знакомить ребенка с более сложной консистенцией пищи и способствовать развитию таких важных физиологических навыков, как жевание и глотание.

К 4-месячному возрасту гастроинтестинальный тракт ребенка становится более зрелым: уменьшается изначально повышенная проницаемость слизистой оболочки тонкой кишки, созревает ряд пищеварительных ферментов, формируется достаточный уровень местного иммунитета, что снижает риск развития аллергических реакций.

Косвенными признаками физиологической готовности к принятию прикорма считаются: удвоение массы тела, уверенное сидение, прорезывание зубов, исчезновение рефлекса «выталкивания языком», а также отсутствие диспепсических и аллергических проявлений. Позднее (после 6-7 месяцев) введение чревато развитием дефицитных состояний, особенно дефицита железа, и снижением темпов роста и созревания. Может возникнуть также задержка приобретения навыков потребления плотной пищи и недостаточная стимуляция вкусовых и обонятельных рецепторов. Такие дети в дальнейшем тяготеют к жидкой и пюреобразной пище и проявляют различные варианты избирательного аппетита. [4]

Необходимость быстрого назначения разнообразных продуктов приводит к повышенной антигенной нагрузке. Сроки введения прикорма устанавливаются индивидуально, с учетом особенностей развития пищеварительной системы и функционирования центральной нервной системы, т. е. готовности ребенка к восприятию новой пищи. Здоровому ребенку предпочтительно ввести прикорм в возрасте 5 мес. [1]

Примерную схему введения продуктов детям первого года жизни представлена в таблице 1.

Таблица 1. Примерная схема введения продуктов детям первого года жизни [1]

Наименование продуктов и блюд (г, мл)	Возраст, мес				
	4–5	6	7	8	9–12
Овощное пюре	10–150	150	150	150	150
Каша	10–150	150	150	180	200
Мясное пюре промышленного производства*/отварное мясо	-	5–30/3–15	40–50/20–30	60–70/30–35	80–100/40–50
Фруктовое пюре**	5–50	60	70	80	90–100
Желток	-	-	1/4	1/2	1/2
Творог***	-	-	-	10–40	50
Рыбное пюре	-	-	-	5–30	30–60
Фруктовый сок	-	-	-	5–60	80–100
Кефир и другие детские неадаптированные кисломолочные напитки	-	-	-	200	200
Печенье детское	-	3	5	5	5
Хлеб пшеничный, сухари	-	-	-	5	10
Растительное масло****	1–3	5	5	6	6
Сливочное масло*****	1–3	4	4	5	5

Примечание. * — без добавления растительного сырья (овощей и круп), ** — не в качестве первого прикорма; *** — по показаниям с 6 мес; **** — добавляется к овощному пюре, ***** — добавляется к каше.

Все больше фактов свидетельствует, что раннее введение твердых продуктов между 4-м и 6-м месяцами жизни, может на самом деле защищать от развития пищевой аллергии. В 2008 году ААП выпустила руководство, в котором говорится об отсутствии доказательств того, что

откладывание введения твердой пищи (включая аллергенную пищу, такую как яйца и арахис) между 4-м и 6-м годом жизни защищает от развития пищевой аллергии. Таким образом, у большинства детей введение какой-либо твердой пищи не должно быть отсрочено позже 4-6 месяцев.... Твердая пища должна быть введена после кормления грудью или кормления из бутылочки для обеспечения адекватного питания. [5]

Медицинские аспекты введения прикорма

Способность потреблять «твердую» пищу требует созревания нервно-мышечной, пищеварительной, почечной и защитной систем.

Нервно-мышечная координация

На сроки введения «твердой» пищи и на способность грудных детей потреблять ее влияет созревание нервно-мышечной координации. Многие пищевые рефлексы, проявляющиеся на разных стадиях развития, либо облегчают, либо затрудняют введение разных видов пищи. Например, при рождении грудное вскармливание облегчается благодаря и рефлексу захватывания груди, и механизму сосания и глотания, но введению твердой пищи может мешать рвотный рефлекс.

До 4 месяцев у грудных детей еще нет нервно мышечной координации для того, чтобы сформировать пищевой комок, переправить его в ротовую часть глотки и проглотить. Еще не развиты управление движениями головы и опора позвоночника, и поэтому грудным детям трудно сохранять положение для успешного поглощения и проглатывания полутвердой пищи. Примерно в 5 месяцев дети начинают подносить ко рту предметы, и развитие в это время «рефлекса жевания» позволяет потреблять некоторые твердые продукты независимо от появления зубов. К возрасту примерно 8 месяцев большинство детей могут сидеть без поддержки, появляются первые зубы, и они обладают достаточной гибкостью языка, чтобы проглатывать более твердые комки пищи. Вскоре после этого у грудных детей вырабатываются навыки

манипулирования для самостоятельного кормления, питья из чашки, держа ее двумя руками, и они могут есть пищу с семейного стола. Очень важно поощрять детей к тому, чтобы они на соответствующих этапах вырабатывали навыки приема пищи, такие, как жевание и поднесение предметов ко рту. Если эти навыки не будут приобретены вовремя, позже могут возникнуть проблемы поведения и кормления.

Некоторые из этих рефлексов и возрастных навыков внутриротовых движений перечислены в таблице 2.

Таблица 2. Развитие нервной системы грудных детей и детей раннего возраста и ее значение для того, какие типы продуктов можно употреблять в различные возрастные периоды			
Возраст (месяцев)	Сложившиеся рефлексы/ навыки	Типы продуктов, которые можно употреблять^a	Примеры продуктов
0–6	Сосание/сосание груди и глотание	Жидкости	Грудное молоко
4–7	Появление первых жевательных движений. Растет сила сосания. Перемещение рвотного рефлекса от середины к задней трети языка	Пища в виде пюре	Овощные (например, морковное) или фруктовые (например, банановое) пюре; картофельное пюре; зерновые без клейковины (например, рис); хорошо проваренные и размятые печень и мясо
7–12	Очищение ложки губами Кусание и жевание Боковые движения языка и перемещение пищи к зубам	Растрепанные или рубленые блюда и продукты, которые можно есть руками	Хорошо проваренные прокрученные на мясорубке печень и мясо; растрепанные вареные овощи и фрукты; рубленые сырые фрукты и овощи (например, банан, дыня, помидор); зерновые (например, пшеница, овес) и хлеб
12–24	Вращательные жевательные движения Стабильность челюстей	Пища с семейного стола	

^a Указаны виды пищи, которые ребенок может успешно употребить и проглотить; это не обязательно означает сроки введения этой пищи.

Почечная функция

Потенциальная нагрузка растворенных веществ на почки означает растворенные вещества пищевого и эндогенного происхождения, которые необходимо будет вывести с мочой, если они не будут использованы в синтезе новой ткани или выведены иными путями. Она определяется как сумма четырех электролитов (натрия, хлора, калия и фосфора), кроме этого, растворенные вещества, полученные в результате белкового обмена, на долю которых обычно приходится свыше 50% потенциальной нагрузки растворенных веществ на почки. Примерно к 4 месяцам почечная функция становится значительно более зрелой, и грудные дети способны лучше сохранять воду и справляться с более высокими концентрациями растворенных веществ. Таким образом, рекомендации в отношении введения прикорма обычно не требуют того, чтобы их изменяли для приведения в соответствие со стадией развития почечной системы.

Защитная система

Жизненно важным механизмом защиты является развитие и поддержание эффективного барьера слизистой оболочки в кишечнике. У новорожденного барьер слизистой оболочки незрелый, вследствие чего он не защищен от повреждения энтеропатогенными микроорганизмами и чувствителен к действию некоторых антигенов, содержащихся в пище. Грудное молоко содержит большой набор факторов, которых нет в детских питательных смесях промышленного производства и которые стимулируют развитие активных защитных механизмов и помогают подготовить желудочно-кишечный тракт к поглощению пищи переходного периода. К числу неиммунологических защитных механизмов, помогающих защитить поверхность кишечника от микроорганизмов, токсинов и антигенов, относятся желудочная кислотность, слизистая оболочка, кишечные секреты и перистальтика.

Относительно слабые защитные механизмы пищеварительного тракта

грудного ребенка в раннем возрасте, а также пониженная желудочная кислотность увеличивают риск повреждения слизистой оболочки чужеродной пищей и микробиологическими белками, которые могут вызывать прямое токсическое или иммунологически опосредованное повреждение. Некоторые продукты содержат белки, которые являются потенциальными антигенами: это соевый белок, клейковина (присутствующая в некоторых зерновых продуктах), белки в коровьем молоке, яйце и рыбе, которые ассоциируют с энтеропатией. Поэтому представляется разумным избегать введения этих продуктов до наступления 6-месячного возраста, особенно когда в семейном анамнезе фигурирует пищевая аллергия. [6]

Правила введения твёрдого прикорма

С 9 месяцев большинство младенцев способны есть самостоятельно, пить из чашки обеими руками и есть семейную пищу с определённой формой (нарезать на небольшие кусочки и есть из ложки или в виде еды, которую можно есть руками). Имеются некоторые данные, позволяющие предположить, что, возможно, имеется критическое окно для введения кусковой твердой пищи, и что отказ от введения такой пищи примерно в возрасте 9–10 месяцев связан с повышенным риском трудностей кормления и снижением потребления важных пищевых групп, таких как фрукты и овощи в дальнейшем. Поэтому важно, как с точки зрения развития, так и с точки зрения питания, давать соответствующие возрасту продукты правильной консистенции и способом, соответствующим возрасту и развитию ребенка. [3]

Как правило, рекомендуется вводить в рацион только по одному новому, однокомпонентному продукту в неделю, чтобы можно было идентифицировать пищевую аллергию. Продукты необязательно вводить в каком-то определенном порядке, главное – соблюдать принцип перехода к твердой пище: например, от рисовых хлопьев к мягкой домашней пище и нарезанной домашней пище.

К конкретным продуктам, которых следует избегать относятся пищевые продукты, которые при аспирации могут заблокировать дыхательные пути ребенка (например, целые орехи, круглые конфеты, попкорн, хот-доги, мясо, если оно не протерто, виноград, если он не разрезан на мелкие кусочки) поскольку дети не способны в полной мере разжевать их, и небольшие кусочки могут аспирироваться, что вызывает бронхиальную обструкцию или приводит к пневмонии и другим осложнениям. [5]

В продукты для прикорма не следует добавлять соль и сахар, а потребление свободных сахаров (сахаров, добавляемых в продукты и напитки производителем, поваром или потребителем, а также сахаров,

естественным образом присутствующих в сиропах и фруктовых соках) следует свести к минимуму. Следует избегать подслащенных сахаром напитков.

Мед не следует вводить в рацион до 12-месячного возраста, если термостойкие споры *Clostridium botulinum* не были инактивированы адекватной обработкой высоким давлением и высокой температурой, используемой в промышленности, поскольку потребление меда неоднократно ассоциировалось с младенческим ботулизмом.

Фенхель, который иногда используется в виде чая или настоя для лечения детских колик и симптомов пищеварения, содержит эстрагол, который является природным генотоксичным канцерогеном. Хотя случайное воздействие продуктов фенхеля на взрослых вряд ли вызовет беспокойство, группа экспертов Европейского агентства по лекарственным средствам пришла к выводу, что препараты фенхеля и фенхелевого чая не рекомендуются детям младше 4 лет из-за отсутствия адекватных данных о безопасности. [3]

Не менее важную роль в развитии ребенка, формировании правильных пищевых привычек и поведения, регуляции аппетита, помимо сроков введения и состава блюд прикорма, играет техника (метод или стиль) кормления, которая определяется родителями или лицами, осуществляющими уход за ребенком. Именно родители выбирают время приема пищи, ее состав, количество, консистенцию. В высокоразвитых странах обычно при введении прикорма младенцев кормят сначала продуктом консистенции пюре с ложки, а в дальнейшем переходят на более твердую пищу и только потом дают продукт прикорма в руку ребенка. Наряду с этими рекомендациями, когда введение твердых продуктов прикорма откладывали как минимум до 6 мес жизни, в настоящее время наблюдается тенденция к пропуску этапа «пюре» при введении прикорма. Альтернативный метод кормления ребенка, которым увлечены многие современные европейские родители, носит название «baby-led weaning»

(педприкорм по-британски). Младенец самостоятельно берет продукты с общего стола во время семейной трапезы. Предполагается, что данный метод приведет к лучшему контролю потребления пищи и будет способствовать формированию правильного пищевого поведения, тем самым уменьшая риск развития ожирения и избыточной массы тела. Имеющиеся наблюдательные исследования ограничены, и, кроме того, нет доказательств того, что дети, у которых применяется техника кормления «baby-led weaning», получают достаточное количество питательных веществ, в том числе калорий и железа, а также имеют более разнообразный рацион питания. [2]

Эксперты ESPGHAN рекомендуют:

- продукты прикорма должны соответствовать уровню развития ребенка по текстуре и консистенции; обеспечивать своевременный переход к самостоятельному приему пищи. Не допускается длительное кормление пюреобразными продуктами, критическое окно для введения кусочковой пищи – возраст 8 – 10 мес.

К 12 мес. ребенок должен пить в основном из чашки или тренировочной чашки, а не из бутылки;

- следует поощрять у родителей способность и желание распознавать состояние голода у ребенка и не использовать кормление для удобства или в качестве награды. [3]

Выводы

Таким образом, при введении продуктов прикорма ребёнку необходимо следовать принципам:

Учитывать возраст ребёнка. Способность потреблять «твёрдую» пищу требует созревания нервно-мышечной, пищеварительной, почечной и защитной систем.

Не допускается длительное кормление пюреобразными продуктами, критическое окно для введения кусочковой пищи – возраст 8 – 10 мес.

Соблюдать этапность введения твёрдого прикорма, постепенно увеличивая текстуру и консистенцию потребляемых ребёнком продуктов.

Рекомендуется вводить в рацион только по одному новому, однокомпонентному продукту в неделю, чтобы можно было идентифицировать пищевую аллергию. При этом соблюдать определённую очередность введения новых продуктов не является обязательным условием.

Не следует давать ребёнку младше 3-х лет продукты, способные вызвать аспирацию и/или обструкцию дыхательных путей.

Следует поощрять у родителей способность и желание распознавать состояние голода у ребенка и не использовать кормление для удобства или в качестве награды.

Список литературы

1. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. — М.: б. и., 2019. — 112 с.
2. Камалова А.А. Обновленные европейские рекомендации по введению прикорма у детей – тема для размышлений. Рос вестн. Перинатол. и педиатр 2017; 62:(6): 92–98. DOI: 10.21508/1027–4065–2017–62–6–92–98
3. ewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2017 Jan;64(1):119-132. DOI: 10.1097/mpg.0000000000001454. PMID: 28027215.
4. О.А. Маталыгина, Н.Е. Луппова Переходное питание — зона повышенной ответственности перед развитием ребенка раннего возраста.
5. Твердые продукты питания в грудном возрасте 2014 Январь;// В помощь врачу –2014.
6. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Копенгаген: ВОЗ, 2001. 369 с. [Kormlenie i pitanie grudnykh detei i detei rannego vozrasta. Kopenhagen: VOZ, 2001. 369 s. (in Russian)]