

© Нетребенко О.К., 2003

О.К. Нетребенко

ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ*

«Нестле Фуд», кафедра детских болезней № 2 с курсом нутрициологии ФУВ РГМУ, Москва

Вопросы вскармливания детей грудного и раннего возраста в последние годы привлекают все большее внимание специалистов по питанию, педиатров и широкую медицинскую общественность. С появлением новых методов экспериментальных и клинических исследований, развитием направления эпидемиологии питания детей грудного и раннего возраста стала очевидной тесная взаимосвязь характера питания и здоровья ребенка. В то же время появилась информация о нарушениях существующих рекомендаций по питанию детей [1, 4], более того, стало очевидным, что имеющиеся в России рекомендации по вскармливанию детей не в полном объеме отвечают современным представлениям ученых о потребностях детей грудного и раннего возраста.

Основные противоречия российских и зарубежных рекомендаций в отношении вскармливания детей связаны со сроками введения прикорма и рекомендуемыми нормами потребления белка.

На протяжении длительного времени в большинстве стран, включая Россию, педиатры рекомендовали вводить прикорм в период с 4-го по 6-й месяц жизни. Согласно современным российским рекомендациям, первый прикорм в виде фруктовых соков и пюре следует вводить в возрасте 3,5 месяцев [3]. По некоторым данным, раннее введение прикорма считается одной из важных причин низкой продолжительности грудного вскармливания [10]. Статистические данные показывают, что в России только 50% детей получают грудное молоко в возрасте 3 месяцев жизни, а к 6 месяцам на грудном вскармливании остается только 28—30% младенцев.

Сроки введения первого прикорма имеют большое значение для обеспечения адекватного роста и развития детей. Слишком раннее введение прикорма может вызвать избыточную нагрузку на органы пищеварения, способствовать развитию аллергических заболеваний, нарушению деятельности желудочно-кишечного тракта [6]. Слишком долгое исключительно грудное вскармливание может привести к недостаточному потреблению белка, развитию железодефицитной анемии, нарушению процессов роста [15].

Решение вопроса о сроках продолжительности исключительно грудного вскармливания и времени введения прикорма было принято в мае 2001 г. на Генеральной Ассамблее ВОЗ в присутствии делегаций всех стран—

участников ВОЗ. С этого момента в практическую медицину вошли рекомендации ВОЗ, согласно которым рекомендуется исключительно грудное вскармливание детей на протяжении первых 6 месяцев жизни. Следует отметить, что Министерство здравоохранения РФ в последние годы прилагает определенные усилия для внедрения современных положений ВОЗ в российскую педиатрическую практику. В начале 2003 г. МЗ РФ выпустило пособие для врачей «Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания детей в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях», в котором особое внимание уделено вопросам поддержки исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 месяцев жизни в условиях поликлиники [5]. В настоящее время пособие широко распространяется в регионах, однако дискуссии по проблеме сроков введения прикорма продолжают возникать. Часто возникают вопросы о том, насколько научно подтвержденными являются рекомендации ВОЗ.

Исследования по оценке продолжительности исключительно грудного вскармливания проводились с середины 80-х годов во многих странах. В США исследовали потребление грудного молока, рост и развитие детей в возрасте от 4 до 9 месяцев. Продолжительность исключительно грудного вскармливания составляла 42% до 5 месяцев и 40% — до 6 месяцев [16]. Исследование не выявило никаких нарушений роста и развития у детей. В работе педиатров из Финляндии наблюдались 198 пар мать—ребенок; 58% детей находились исключительно на грудном вскармливании до 6-месячного возраста, 36% детей — до 7,5 мес, 18% — до 9 мес и 4% — до 12 мес. Авторы сделали заключение, что, хотя некоторые дети могут находиться на исключительно грудном вскармливании до 9—12 мес, все же в большинстве случаев длительное (после 7 месяцев жизни) исключительно грудное вскармливание снижает темпы роста детей первого года жизни [15].

В последние 5 лет проведено несколько крупных рандомизированных исследований по оценке влияния сроков введения прикорма на состояние здоровья младенцев, их обеспеченность основными микронутриентами и продолжительность грудного вскармливания.

В 1998 г. К. Dewey представила результаты изучения влияния срока введения прикорма на обеспеченность

* В этом номере журнала мы продолжаем публикацию статей по вопросам вскармливания детей — отклики на дискуссию по этой теме, начатую на страницах нашего журнала в № 1, 2002 г.

железом детей, находящихся на грудном вскармливании в Гондурасе. Под наблюдением находилось 164 ребенка, случайно разделенных на 2 группы. Дети основной группы получали исключительно грудное вскармливание до 6-месячного возраста, дети контрольной группы — до 4 месяцев жизни, далее в их рацион вводился первый прикорм в виде рисовой каши, обогащенной железом. Результаты исследования позволили сделать выводы, что здоровые дети, родившиеся массой тела более 3 кг, не нуждаются в дополнительном источнике железа до 6-месячного возраста. В период от 4 до 6 мес жизни у детей существует саморегуляция потребления энергии, и при введении в рацион продуктов прикорма они потребляют меньшее количество грудного молока, что является фактором, снижающим продолжительность грудного вскармливания [10]. В то же время дети малой массы тела при рождении (менее 2,5 кг) составляют группу риска по развитию анемии, и им следует с 2—3-месячного возраста назначать препараты железа в каплях. В отношении детей с небольшим дефицитом массы тела при рождении (2,5—2,9 кг) авторы считают необходимым проводить дополнительные исследования, учитывающие социально-экономический статус семей и другие данные, но не исключают возможность необходимости более раннего введения прикорма для этой группы детей.

Следующая работа исследователей в Гондурасе специально заострила внимание на детях, родившихся малой массы тела. Результаты этих исследований позволили сделать вывод о том, что дети с внутриутробной гипотрофией нуждаются в дополнительном введении препаратов железа с 2—3-месячного возраста, однако для детей, проживающих в экономически и социально неблагоприятных семьях, более безопасным является сохранение исключительно грудного вскармливания в первые 6 месяцев жизни [11].

Появление этих статей вызвало оживленные дискуссии по вопросу о сроках введения прикорма грудным детям. Анализируя результаты исследований, С. Garza отмечает, что не выявлено статистических различий в уровне гемоглобина у детей, получающих исключительно грудное вскармливание до 6 или до 4 месяцев, однако в обеих группах был довольно высок процент детей с низким уровнем гемоглобина. Важным, по мнению С. Garza, является четкое установление критериев для оценки характера вскармливания детей. Так, по критериям роста (прибавка массы тела и роста) нет отличий в группах детей, получающих исключительно грудное вскармливание до 4 или до 6 месяцев. Если в качестве критерия использовать заболеваемость детей, то следует отметить, что более длительное исключительно грудное вскармливание обладает защитным действием против кишечных и респираторных инфекций в неблагоприятных социально-экономических условиях. Если в качестве критерия использовать обеспеченность микронутриентами, то следует признать, что для детей с гипотрофией или недоношенных длительное исключительно грудное вскармливание ставит проблему развития дефицита железа, а при недостаточном питании матери — и дефицита других микронутриентов [13].

Дальнейшие исследования позволили выявить влияние продолжительности грудного вскармливания на показатели двигательного развития младенцев и на нутритивный статус кормящей матери. В частности, было выявлено, что дети, получающие исключительно грудное вскармливание на протяжении первых 6 месяцев жизни, начинали раньше ползать и в большем числе случаев начинали

ходить к концу первого года жизни, по сравнению с детьми, получавшими исключительно грудное вскармливание на протяжении первых 4 месяцев. Снижение массы тела у матерей, кормящих исключительно грудью до 6 месяцев, было более выражено, и у них чаще сохранялась аменоррея к 6 месяцам после родов по сравнению с контрольной группой.

ВОЗ инициировала начало крупнейшего многоцентрового исследования практики вскармливания детей, включающего по предварительным подсчетам более 10 000 детей.

Анализ результатов исследований по нутритивной адекватности исключительно грудного вскармливания доношенных здоровых детей первых 6 месяцев жизни был закончен в мае 2001 г. и опубликован в 2002 г. В подготовке этого документа приняли участие ведущие специалисты по детскому питанию — профессора N. Butte, С. Garza, M. Lopez-Alarcon. В этом документе рассматривалась адекватность основных пищевых веществ грудного молока в отношении обеспечения нормального роста и развития ребенка. Особый интерес представляют данные об адекватности грудного молока по энергетической плотности, белку и таким важным микроэлементам, как железо и цинк [8].

Общий объем грудного молока на протяжении первых 6 месяцев лактации прогрессивно увеличивается в среднем с 700 мл/день до 900 мл/день. Данные по развивающимся странам демонстрируют низкую распространенность исключительно грудного вскармливания в первые 6 месяцев жизни и частое введение продуктов прикорма уже со 2—3-го месяца жизни. Интересно отметить, что по этому показателю Россия ближе к развивающимся странам, чем к развитым, так как здесь практически нет детей, получающих исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев, и очень немного детей — до 4 месяцев.

Энергетическая плотность грудного молока, по данным разных авторов, колеблется от 62 ккал/100 мл до 80 ккал/100 мл и в среднем принимается равной 67 ккал/100 мл. Оценка энергетических потребностей детей грудного возраста показывает, что грудное молоко обеспечивает адекватное количество энергии в первые 6 месяцев жизни при исключительно грудном вскармливании.

Количество белка в грудном молоке меняется в различные сроки лактации, но в зрелом молоке в среднем составляет 8—10 г/л [14]. Индивидуальные колебания уровня белка в грудном молоке приблизительно составляют 15%. Потребности в белке у детей первого года жизни были рассчитаны S. Fomon [18] и уточнены К. Dewey в 1996 г. [9] (табл. 1).

В экспериментальных исследованиях параметры роста детей в возрасте 6—12 месяцев, находившихся на исключительно грудном вскармливании в первые 6 месяцев жизни, были адекватны параметрам роста детей, получающих с 6-го месяца жизни различные смеси с уровнем белка 13 г/л, 15 г/л и 18 г/л. Уровень потребления белка в группе детей, получающих грудное вскармливание, был достоверно ниже, а скорость роста и потребление энергии сравнимы с группой детей, получающих молочные смеси [7]. Результаты исследований подтверждают, что исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни обеспечивает адекватное потребление белка, необходимое для нормального роста и развития детей. Следует напомнить, что в действующих российских рекомендациях нормы потребления белка для детей увеличиваются с 2,2 г/кг массы тела в 1-й месяц жизни до 2,9 г/кг массы тела к концу первого года [3]. Поэтому при вполне адекватном вскармливании педиатры зачастую назначают для «коррекции белковой недостаточ-

Таблица 1

Потребность в белке, определенная с помощью факторного метода

Возрастной интервал, мес	Белок, г/кг/сутки					
	Fomon (1991)			Dewey et al. (1996)		
	Рост ¹	Поддержание жизнедеятельности ²	Всего	Рост ³	Поддержание жизнедеятельности ⁴	Всего
От 0 до 1	1,03	0,95	1,98	1,43	0,56	1,99
От 1 до 2	0,78	0,93	1,71	0,98	0,56	1,59
От 2 до 3	0,56	0,90	1,46	0,63	0,56	1,19
От 3 до 4	0,38	0,89	1,27	0,50	0,56	1,06
От 4 до 5	0,30	0,88	1,18	0,42	0,56	0,92
От 5 до 6	0,29	0,89	1,18	0,36	0,56	0,92
От 6 до 9	0,26	0,91	1,17	0,29	0,56	0,85
От 9 до 12	0,20	0,94	1,19	0,22	0,56	0,78

¹ использованы данные Fomon et al. (1982) об эффективности утилизации белка 90%; ² неизбежные потери; ³ использованы данные Рабочей группы ВОЗ (1996) об эффективности утилизации потребляемого белка 70%; ⁴ исходя из предположения, что потребность в белке для поддержания жизнедеятельности составляет 90 мг/кг/сутки.

ности» высокобелковые продукты (творог, кефир) детям после 4—6-го месяца жизни.

Особый интерес представляют данные об обеспеченности железом детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании. Хорошо известно, что грудное молоко является достаточно бедным источником железа, причем невозможно увеличить содержание железа в грудном молоке с помощью дополнительного его введения в рацион матери. Балансовые и расчетные методы показывают, что потребность в железе детей 1-го полугодия жизни составляет 0,5 мг/день, а во 2-м полугодии жизни повышается до 0,9 мг/день. При содержании железа в зрелом грудном молоке, равном 0,2—0,4 мг/л, очевидно, что младенцы, получающие исключительно грудное вскармливание, используют железо, имеющееся в их депо. Если ребенок не получает со 2-го полугодия жизни дополнительного количества железа из препаратов или продуктов прикорма, у него развивается железодефицитное состояние.

Считается, что высокий запас железа в депо достаточен для обеспечения потребностей младенцев в этом микроэлементе только в 1-е полугодие жизни при исключительно грудном вскармливании до 6-месячного возраста. Вопрос обеспеченности железом детей первого года жизни особенно важен в нашей стране в связи с широкой распространенностью железодефицитной анемии у детей грудного и раннего возраста, которая, по разным данным, наблюдается у 30—50% детей этой возрастной группы [1, 4].

Потребности в цинке здоровых доношенных детей изучали с помощью балансовых исследований и расчетных методов. Известно, что потребности в цинке выше у мальчиков по сравнению с девочками и наиболее высоки именно в раннем младенчестве при максимально высокой скорости роста. Потребности в цинке у детей первого года жизни и потребление цинка с грудным молоком представлены в табл. 2.

Очевидно, что содержание цинка в грудном молоке в первые 6 месяцев жизни вполне удовлетворяет потребности детей в этом микроэлементе.

Таблица 2

Потребность в цинке и потребление цинка с грудным молоком детей 1-го года жизни*

Возраст, мес	Объем грудного молока, г/день	Поступление цинка из грудного молока, мг/день	Потребности в цинке, мг/день
1	734	1,54	0,947
2	768	1,54	0,925
3	803	1,20	0,864
4	819	0,98	0,836
5	836	0,84	0,820
6	897	0,90	0,791
7	910	0,68	0,784
8	856	0,64	0,780
9	935	0,70	0,776
10	945	0,47	0,777
11	956	0,48	0,785
12	910	0,48	0,803

* по данным [17].

В нашей стране в настоящее время проводится уникальное исследование по обеспеченности цинком беременных женщин и детей первого года жизни [2]. Предварительные данные показывают низкие показатели обеспеченности цинком у большого числа беременных

женщин и грудных детей. Возможно, эти данные помогут оценить адекватность продуктов прикорма по содержанию в них цинка.

Исследования, проведенные в последние годы в Мексике, Бангладеш и Бразилии, показали, что с помощью интервенционных программ, направленных на обучение медицинских работников, а также матерей, можно добиться значительного улучшения практики вскармливания детей, повысить продолжительность и распространенность грудного вскармливания, улучшить состояние здоровья, рост, развитие и снизить заболеваемость в детской популяции. Аналогичная программа, разработанная в России в Нижнем Новгороде, доказала высокую эффективность таких мероприятий. По данным О.А. Васильевой, в группе матерей, получивших адекватное обучение и необходимые консультации по вопросам вскармливания, достоверно повысилось количество детей, получавших кормление по требованию, снизилось число матерей с гипогалактией, увеличилось число детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании до 4 месяцев жизни (70% против 26%). У детей этой группы было меньше случаев дисгармоничного физического развития, в их рацион питания реже вводились неадаптированные молочные продукты [1].

Разрабатывая собственные пути улучшения состояния здоровья детей, стоит принять во внимание направления глобальной стратегии ВОЗ в вопросах вскармливания детей, которые определены следующим образом:

- Правительства всех стран должны развернуть и внедрить политику, направленную на улучшение практики вскармливания детей грудного и раннего возраста в рамках национальных программ по улучшению состояния здоровья и питания населения;

- все матери должны иметь возможность получения квалифицированной медицинской помощи, обеспечивающей поддержку исключительно грудного вскармливания на протяжении первых 6 месяцев жизни ребенка с последующим введением адекватного прикорма;

- работники здравоохранения должны иметь возможность осуществлять консультирование матерей по вопросам вскармливания;

- необходим контроль на национальном уровне за внедрением Закона о сбыте заменителей грудного молока, чтобы предотвратить влияние производителей детского питания на выбор матерей в отношении вскармливания детей.

Несомненно, использование этой стратегии в нашей стране поможет улучшить организацию питания, а, следовательно, и состояние здоровья детского населения.

ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatricsjournal.ru> № 2/2004, приложение № 7.
