

К. С. Ладого

ЕЩЕ РАЗ О ДЕТСКОМ ПИТАНИИ

НЦЗД РАМН, Москва

Когда мы говорим о детском питании, необходимо четко представлять, что эта проблема мультидисциплинарная. За правильную систему организации детского питания ответственны многие министерства и ведомства (Министерство здравоохранения РФ, Госкомитет санэпиднадзора, Министерство сельского хозяйства РФ, Министерство образования РФ и др.). Только от слаженной, скоординированной деятельности этих структур и понимания важности проблемы можно ожидать эффекта.

К сожалению, не всегда так бывает, и мы постоянно это ощущаем в своей педиатрической деятельности. Безусловно, статья А. Г. Лебедева и принявшие в дискуссии авторы поднимают очень важную проблему — проблему вскармливания детей первого года жизни. Эта проблема всегда была сложна, и подходы в ее решении неоднократно менялись.

Мне не хотелось бы здесь останавливаться на отдельных частных вопросах, существенно не влияющих на вскармливание ребенка. Например, называть ли соки, фруктовое пюре прикормом или пищевыми добавками. Понимаю, что мы стремимся следовать позиции ВОЗ. Но всегда ли это возможно в нашей деятельности? Среди педиатров возникает путаница, когда мы говорим о первом прикорме: это что — соки или это действительно первый прикорм в виде каши или овощного пюре? Стоит ли об этом спорить? Просто надо дать четкие разъяснения.

Еще пример. Мы друг другу доказываем, что лучше сок вводить не в 3 месяца, а в 4. Но, я думаю, когда мы говорим о детском питании, необходимо четко представлять, что эта проблема мультидисциплинарная. За правильную систему организации детского питания ответственны многие министерства и ведомства (Министерство здравоохранения РФ, Госкомитет санэпиднадзора, Министерство сельского

хозяйства РФ, Министерство образования РФ и др.). Только от слаженной, скоординированной деятельности этих структур и понимания важности проблемы можно ожидать эффекта.

К сожалению, не всегда так бывает, и мы постоянно это ощущаем в своей педиатрической деятельности. Безусловно, статья А. Г. Лебедева и принявшие в дискуссии авторы поднимают очень важную проблему — проблему вскармливания детей первого года жизни. Эта проблема всегда была сложна, и подходы в ее решении неоднократно менялись.

Мне не хотелось бы здесь останавливаться на отдельных частных вопросах, существенно не влияющих на вскармливание ребенка. Например, называть ли соки, фруктовое пюре прикормом или пищевыми добавками. Понимаю, что мы стремимся следовать позиции ВОЗ. Но всегда ли это возможно в нашей деятельности? Среди педиатров возникает путаница, когда мы говорим о первом прикорме: это что — соки или это действительно первый прикорм в виде каши или овощного пюре? Стоит ли об этом спорить? Просто надо дать четкие разъяснения.

Еще пример. Мы друг другу доказываем, что лучше сок вводить не в 3 месяца, а в 4. Но, я думаю, каждый педиатр понимает и знает на практике, что все зависит от ребенка, состояния его здоровья, уровня развития и, особенно, от состояния матери, ее питания, а следовательно и состава грудного молока. Поэтому в методических указаниях «Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни» (1999) сказано и подчеркнуто — примерная схема вскармливания, — а как ее использовать в каждом конкретном случае должен решать врач.

Итак, остановлюсь на основных вопросах сегодняшнего дня, которые мне представляются особенно важными.

Начнем с грудного вскармливания.

Да, вопрос о резком сокращении числа детей, находящихся на грудном вскармливании, нас очень волнует. Никогда еще в России, которая всегда традиционно придерживалась грудного вскармливания, этот процент не был таким низким. Из мероприятий, направленных на увеличение лактационной функции кормящих матерей, прежде всего было решено использовать опыт ВОЗ/ЮНИСЕФ и принятую ими Декларацию «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания» и Инносентийскую Декларацию «По защите, пропаганде и поддержке грудного вскармливания». Мы не только приняли эти документы, но Минздравом России была разработана своя отечественная программа, изданы информационно-методические рекомендации, учтен опыт г. Электросталь, где соответствующая работа проводилась с участием ЮНИСЕФ. Для внедрения Программы в практику здравоохранения, координации работ и деятельности по данному вопросу по инициативе Минздрава РФ был создан специальный «Научно-практический центр по пропаганде, поощрению и поддержке практики грудного вскармливания». Центр много работает в регионах — читаются лекции, проводятся занятия, определяется готовность родильного дома получить звание «Больница, доброжелательная к ребенку» (кстати, этот термин многими педиатрами не одобряется, так как каждая детская больница доброжелательна к ребенку; без этого она уже не детская больница).

Но, к сожалению, все мероприятия, проводимые по грудному вскармливанию, пока мало дают положительных результатов — процент грудного вскармливания остается низким, хотя новые подходы в родильных домах позволили существенно снизить заболеваемость новорожденных, обеспечить более полную лактацию и др. И все же почему остается таким низким процент грудного вскармливания? Вот здесь требуется анализ, и это задача организованного Центра по грудному вскармливанию. Он должен активно включиться в эту работу.

С моей точки зрения, причина кроется в ряде нерешенных вопросов. Прежде всего, не может быть хорошей лактации без хорошего питания матери. Поэтому Минздраву РФ необходимо продумать, как обеспечить матерей из малообеспеченных семей достаточным питанием. Вероятно, надо выходить с инициативой в Правительство, обосновать необходимость адресной поддержки таких матерей и др.

Надо также шире использовать специальные виды продуктов, предназначенных для повышения лактации. Это — импортные продукты «Энфа-мама» и «Мама плюс» и наша отечественная смесь «Фемиллак», готовящаяся в настоящее время к выпуску на новом заводе детских продуктов в г. Истра Московской области. По своему действию она не уступает импортным аналогам, а стоимость ее значительно ниже.

Есть и другие причины недостаточной лактации. Это — нарушения, допускаемые в организации груд-

ного вскармливания: позднее прикладывание к груди; неправильная техника кормления, приводящая к трещинам, маститам; необоснованное использование «заменителей» женского молока; раннее введение прикорма.

Кроме того, анализ сложившейся ситуации говорит о том, что много мы упускаем в плане поддержки лактационной функции женщины на этапе поликлинического наблюдения, когда ребенок из роддома попадает в домашние условия. Здесь воздействие семьи огромно и не всегда поддерживается необходимость продолжения грудного вскармливания. Некоторые матери, в силу экономических причин, рано выходят на работу, что, безусловно, отражается на лактационной функции. Роль активного патронажа, сестринского и врачебного, при этом становится особенно важной, и от их деятельности многое зависит не только в плане ориентации матери и семьи на грудное вскармливание, но и оказания необходимой помощи при возникающих трудностях.

В поликлиниках полностью не используются возможности «комнаты здорового ребенка». Сейчас эта работа должна быть направлена на оказание действенной помощи по обеспечению грудного вскармливания младенцев. Каждая кормящая мать должна знать, что здесь ей всегда помогут, дадут совет, как справиться с гипогалактией, с кормлением при наличии трещин, мастита, как правильно сцеживать молоко, если мама вышла на работу и др. Необходимо при этом организовать по телефону «горячую линию» и, конечно, соответствующим образом обучить и подготовить персонал.

Еще один важный вопрос, и он поднят в статье А. Г. Лебедева и О. К. Нетребенко — это Закон о маркетинге «заменителей» грудного молока. Этот Закон очень важен, так как регламентирует деятельность некоторых компаний, направленную на незаконную рекламу и сбыт «заменителей» грудного молока непосредственно в родильных домах и поликлиниках. Этот Закон разрабатывается давно, но до сих пор не принят. Безусловно, надо ускорить его принятие.

Нередко в практике возникают и другие более частные вопросы по грудному вскармливанию. Так, за последнее время на приемах в Консультативно-диагностическом центре при НЦЗД РАМН к нам обращаются матери с тревогой в связи с интенсивной прибавкой массы тела ребенка, находящегося только на грудном вскармливании. При осмотре масса тела этих детей бывает на 30–50% выше нормы. Какие советы дать матери? С чем это может быть связано? Во многом это связано с неправильной тактикой вскармливания. Совет «кормить по требованию» некоторыми матерями понимается по-своему, и они кормят детей уже в возрасте 5–6 месяцев до 20 раз в день. Разве так можно? И здесь надо дать четкие рекомендации: что такое кормление «по требованию», с какого возраста следует все же придерживаться режима вскармливания, что делать с такими детьми и др.

Остро стоит вопрос о сроках продолжительности грудного вскармливания. Нередко мы, да и другие учреждения педиатрического профиля, наблюдают большие сложности при вскармливании грудью детей до 1,5–2 лет. Отлучить такого ребенка от груди матери (нередко к этому времени уже «пустой») бывает очень трудно. И здесь к этому вопросу надо подходить обдуманно и с учетом накапливающихся у нас данных. Очевидно эти вопросы, их разработка, анализ существующей ситуации, рекомендации должны исходить из «Научно-практического центра по пропаганде, поощрению и поддержке грудного вскармливания» с привлечением специалистов этой области, которые никогда не проигнорируют это предложение.

Теперь об искусственном вскармливании.

Что правильная организация искусственного вскармливания является важной проблемой, ни у кого не вызывает сомнения. Но как это осуществить? Прежде всего нужны соответствующие рекомендации. Они есть: методические указания «Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни» (1999), многочисленные публикации, каталоги и др. Но, к сожалению, это не всегда доходит до периферии. В связи с огромной занятостью педиатров они не всегда хорошо знают эти вопросы. И здесь я не могу согласиться с А. Г. Лебедевым, что (цитирую) «нельзя одной из причин сложившегося в стране положения рассматривать неудовлетворительный уровень знаний врачами и родителями принципов рационального вскармливания детей». Думаю, что как раз неудовлетворительные знания во многом определяют неправильные подходы к вскармливанию ребенка. Об этом наглядно говорят данные, изложенные в статьях Л. М. Казаковой и В. И. Фурцева с соавт., принявших участие в дискуссиях. Да и наш собственный опыт, к сожалению, говорит об этом. Безусловно, есть и другие причины. К ним относится неудовлетворительное обеспечение на местах грудных детей, лишенных материнского молока, адаптированными молочными смесями, что нередко связано с отсутствием их на раздаточных пунктах в связи с непроводимыми местными органами власти соответствующими закупками. С другой стороны, это — невозможность многих матерей купить для вскармливания ребенка адаптированную молочную смесь из-за ее дороговизны. Опять таки, и здесь надо подумать, как осуществить адресную поддержку детей из малоимущих семей бесплатным питанием, в том числе адаптированными молочными смесями, соками, продуктами прикорма.

Считаю важным иметь все время обновляющуюся информацию о существующих на рынке продуктах детского питания, в том числе адаптированных молочных смесях. Нельзя ее рассматривать как рекламу, как ориентацию на искусственное вскармливание и др. Важно уметь определить, какую лучше дать смесь конкретному ребенку, как в ней разобраться, на что в ее составе обратить внимание — это очень

важно. Поэтому нам, специалистам в области детского питания, надо делиться своими знаниями, опытом по этому вопросу и, естественно, помогать педиатрам разобраться в этих вопросах.

Полностью согласна с авторами, принимающими участие в дискуссии, что на наш рынок нередко поступают смеси, давно устаревшие, не соответствующие современным требованиям к их составу, с высоким уровнем белка, с использованием муки, которая в адаптированных смесях для детей первых месяцев жизни не допускается, и др. В этом случае Госкомитет санэпиднадзора Минздрава РФ должен усилить свою важную миссию — следить за поставками современных по составу и гарантированных по качеству продуктов детского питания.

Остро стоят также вопросы сертификации продуктов и рекомендации к их использованию. В настоящее время экспертиза продукта и заключение о соответствии продукта необходимым требованиям и его санитарно-гигиеническая характеристика дается Центром сертификации Института питания РАМН. Затем, на основании этого заключения, Госкомитетом санэпиднадзора Минздрава РФ выдается сертификат качества продукта. Считаю более правильным, если бы заключение о качестве продукта для детского питания решала группа специалистов нутрициологов-педиатров, а апробация проходила в 2–3 учреждениях, занимающихся вопросами детского питания. Это позволило бы более объективно оценить продукт.

К оценке сложных по составу продуктов специального назначения (например, продукты для больных фенилкетонурией) должны привлекаться специалисты, занимающиеся этой проблемой и знающие ее.

Теперь несколько слов о потребностях детей в основных пищевых веществах и энергии. Конечно, у многих вызывает недоумение высокий уровень белка в наших рекомендациях, а главное — его увеличение на 1 кг массы тела с возрастом ребенка, когда фактически менее интенсивно идут процессы роста. Вопрос этот очень важен, так как излишняя нагрузка на ренальную систему ребенка продуктов обмена белка не нужна, так же как и излишняя напряженность обменных процессов и аллергияция ребенка чужеродным коровьим белком при использовании искусственного вскармливания. Согласна полностью с О. К. Нетребенко, что эти рекомендации надо пересмотреть.

Много вопросов встает в отношении прикорма. Конечно, мы должны иметь схему введения отдельных видов прикорма, но надо всегда помнить, что она примерная. Все зависит от ребенка, его индивидуальных особенностей, темпов нарастания массы тела, состояния здоровья и др. По мере накопления наших знаний, появления новых продуктов, учета уровня состояния здоровья детского населения страны, в том числе детей первого года жизни, эта схема может изменяться, совершенствоваться. В частности, уже сейчас остро встает вопрос о более раннем введении

мяса (возможно, с 5 месяцев), так как мы имеем огромный рост анемических состояний у детей. Этот факт очень тревожит в связи с влиянием низкого уровня гемоглобина не только на состояние здоровья ребенка, но, прежде всего, на его умственное развитие, поведенческие реакции.

В схеме вскармливания, по моему мнению, следует оставить кефир или другой кисломолочный продукт, так как это — важные продукты-пробиотики, необходимые для нормального формирования микрофлоры кишечника. Это особенно важно при нашей неблагоприятной экологии. Конечно, это — не 600 и не 800 мл в день, а 200–400 мл детям с 8 месяцев и старше. За многие годы использования кефира в педиатрической практике не были отмечены отрицательные реакции на его применение. Конечно, было бы лучше дать ребенку адаптированный кисломолочный продукт типа «Агуша-2». Но, к сожалению, на периферии таких продуктов нет. Чем же тогда кормить детей?

Согласна, что не следует использовать в питании грудных детей экзотические фрукты, рекомендовать каши с шоколадом, орехами, медом, фруктовые пюре с манной крупой и др.

Полностью согласна с Н. А. Коровиной и И. Н. Захаровой, что выход в свет в 2000 г. инструктивного письма — дополнение к методическим указаниям Минздрава РФ № 225 от 30.12.99 «Рекомендуемые сроки введения основных продуктов и блюд прикорма промышленного выпуска в питание детей первого года жизни» внесло некоторую путаницу в наши представления о прикорме и рекомендуемых для этого продуктах. Считаю, что такие важные документы должны сначала обсуждаться специалистами в области детского питания и ведущими педиатрами широкого профиля, после чего уже выходить в свет, как документ.

Поэтому, действительно, необходим такой орган, который коллегиально будет решать важные вопросы детского питания.

Составлять еще одну программу (можно назвать ее национальной, как предлагает А. Г. Лебедев) мне кажется нецелесообразным. Мы за последнее время имели много программ — и «Индустрия детского

питания», и «Безопасное материнство», и Президентская, — но эффекта они не имели. Поэтому более правильным решением явилось создание Совета экспертов по детскому питанию при Союзе педиатров России, куда вошли специалисты в области педиатрии, нутрициологии, организаторы здравоохранения, законодательства. Предусмотрено представительство в крупных регионах России членов Совета, непосредственно в них работающих и знающих ситуацию с детским питанием.

Основная цель деятельности Совета экспертов — это улучшение качества детского питания. В задачи Совета и в основные направления его деятельности входят оценка и анализ данных о состоянии и организации питания детей в различных регионах России, влиянии питания на рост, развитие и состояние здоровья ребенка, разработка предложений для принятия законодательных актов, экспертиза нормативных документов, рассмотрение и обсуждение основных рекомендаций по детскому питанию, взаимодействие с правительственными и неправительственными организациями, СМИ, ведущими учреждениями педиатрического профиля, оказание консультативной помощи по организации и контролю качества детского питания в регионах Российской Федерации и др.

Безусловно, при активной работе этого Совета экспертов можно вносить предложения об изменении и улучшении организации детского питания, решать многие важные, а иногда и сложные вопросы, иметь тесные контакты с ведомствами, ответственными за производство, качество и реализацию продуктов детского питания, регулярно информировать о работе Совета, о принятых решениях, планируемых мероприятиях и др. Это можно осуществить посредством рубрики в «Российском педиатрическом журнале», а, при необходимости, путем информационных сообщений, рассылаемых в регионы.

Совет экспертов ждет также активной работы на местах, предложений по планируемой деятельности Совета, по поводу возникающих трудностей, состоянию детского питания, рекомендаций по улучшению качества детского питания и др.