

## Введение прикорма

*Своевременное введение правильно подобранных продуктов для прикорма способствует укреплению здоровья, улучшению пищевого статуса и физическому развитию грудных детей и детей раннего возраста в период ускоренного роста и поэтому должно находиться в центре внимания системы здравоохранения.*

*В течение всего периода введения прикорма материнское молоко должно оставаться главным видом молока, потребляемого грудным ребенком.*

*Продукты для прикорма следует вводить примерно в возрасте 6 месяцев. Некоторым грудным детям продукты для прикорма могут понадобиться и раньше, но не ранее 4-месячного возраста.*

*Не следует давать немодифицированного коровьего молока до достижения 9-месячного возраста в качестве питья, но его можно использовать в малых количествах при приготовлении пищи для прикорма начиная с 6–9 месяцев. С 9–12 месяцев можно постепенно вводить коровье молоко в рацион питания грудного ребенка и в качестве питья.*

*Продукты для прикорма с низкой энергетической плотностью могут ограничить потребление энергии, поэтому средняя энергетическая плотность обычно должна быть не ниже 4,2 кДж (1 ккал)/г. Эта энергетическая плотность зависит от частоты приема пищи и может быть ниже, если пища принимается чаще. Не следует давать молока с низким содержанием жира примерно до двух лет.*

*Введение прикорма должно представлять собой процесс введения продуктов питания, все более разнообразных по своей консистенции, вкусу, аромату и внешнему виду, при одновременном продолжении кормления грудью.*

*Не следует давать в период введения прикорма сильно соленых продуктов, и не нужно в течение этого периода добавлять в пищу соль.*

## ЧТО ТАКОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА?

Введение прикорма – это кормление грудных детей продуктами и жидкостями в дополнение к грудному молоку. Пищу для прикорма можно разделить на следующие категории:

- пища переходного периода – это продукты для прикорма, специально предназначенные для удовлетворения специфических пищевых или физиологических потребностей грудного ребенка;
- пища с семейного стола, или домашняя пища – это продукты для прикорма, которые даются ребенку раннего возраста и которые в общих чертах являются теми же продуктами, что и продукты, потребляемые остальными членами семьи.

В период перехода от исключительно грудного вскармливания к прекращению кормления грудью грудные дети *постепенно* приучаются есть домашнюю пищу, пока она полностью не заменит грудное молоко (см. рис. 1). Дети физически способны потреблять продукты с семейного стола к возрасту 1 года, после чего эти продукты больше не нужно модифицировать для удовлетворения особых потребностей грудного ребенка.

Возраст, в котором вводится пища переходного периода, представляет собой особенно уязвимый период в развитии ребенка. Рацион питания претерпевает свое наиболее коренное изменение – это переход от единственного продукта (грудного молока), где главным источником энергии является жир, ко все более увеличивающемуся разнообразию продуктов, которые требуются для удовлетворения пищевых потребностей. Этот переход связан не только с возрастающими и меняющимися потребностями в пищевых веществах, но также и с быстрым ростом, физиологическим созреванием и развитием ребенка.

Плохое питание и неправильные принципы и методы кормления в этот критический период могут увеличить риск нарушений физического развития (истощения и остановки роста) и недостаточности питательных веществ, особенно железа, и могут иметь долговременные отрицательные последствия для здоровья и умственного развития. Поэтому к числу наиболее эффективных с точки зрения затрат мероприятий, которые могут осуществлять и поддерживать медицинские работники,

относятся алиментарные вмешательства и улучшение принципов и методов кормления, направленные на грудных детей.

## **ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И СОЗРЕВАНИЕ**

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 (1, 2), 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 42 вместе с

**Таблица 42. 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 рефлекс/ навыки	Типы продуктов, которые можно употреблять <sup>a</sup>	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	Растертые или рубленые блюда и продукты, которые можно есть руками	Хорошо проваренные прокрученные на мясорубке печень и мясо; растертые 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	

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

Источники: Stevenson & Allaire (2); Milla (3).

возможными типами продуктов, которые можно, благодаря этим рефлексам и навыкам, употреблять без опаски. Продукты, перечисленные в таблице 42, являются примерами, и это не единственные продукты, которые можно вводить в рацион питания на различных описанных здесь этапах развития. Более того, между типами продуктов и развитием нервной системы нет никакой жесткой зависимости; просто ребенок физически более способен обращаться с данным продуктом на данном этапе развития.

### **Пищеварение и всасывание**

У грудных детей секреция желудочных, кишечных и панкреатических пищеварительных ферментов не развита так, как у взрослых. Тем не менее, грудной ребенок способен полностью и эффективно переваривать и всасывать пищевые вещества, содержащиеся в грудном молоке, а в грудном молоке содержатся ферменты, которые способствуют гидролизу жиров, углеводов и белков в кишечнике. Аналогичным образом, в раннем грудном возрасте секреции солей желчных кислот лишь едва хватает для образования мицеллы, а эффективность всасывания жира ниже, чем у детей более старшего возраста и взрослых. Эту недостаточность может отчасти компенсировать присутствующая в грудном молоке, но отсутствующая в детских питательных смесях промышленного производства липаза, стимулируемая солями желчной кислоты. Примерно к 4 месяцам желудочная кислота помогает желудочному пепсину полностью переваривать белок.

Хотя панкреатическая амилаза начинает вносить полноценный вклад в переваривание крахмалов только в конце первого года, большинство прошедших тепловую обработку крахмалов перевариваются и всасываются почти полностью (4). Даже в первый месяц жизни толстая кишка играет жизненно важную роль в окончательном переваривании тех пищевых веществ, которые не полностью всасываются в тонкой кишке. Микрофлора толстой кишки изменяется с возрастом и в зависимости от того, вскармливается ли ребенок грудью или искусственно. Микрофлора ферментирует непереваренные углеводы и способные к сбраживанию пищевые волокна, превращая их в жирные кислоты с короткой цепью, которые всасываются в толстой кишке, благодаря чему обеспечивается максимальная утилизация энергии из углеводов. Этот процесс,

известный как “извлечение энергии из толстой кишки”, может давать до 10% усвоенной энергии.

К тому времени, когда примерно в возрасте 6 месяцев в рацион ребенка вводится адаптированная пища с семейного стола, пищеварительная система уже достаточно созрела для эффективного переваривания крахмала, белков и жиров, содержащихся в немолочной пище. Тем не менее, вместимость желудка у грудных детей невелика (около 30 мл/кг массы тела). Таким образом, если пища слишком объемна и имеет низкую энергетическую плотность, грудные дети иногда бывают неспособны потребить ее в достаточном количестве, чтобы удовлетворить свои потребности в энергии и пищевых веществах. Поэтому продукты для прикорма должны иметь высокую плотность энергии и микронутриентов, и давать их нужно маленькими количествами и часто.

### **Почечная функция**

Нагрузка растворенных веществ на почки означает суммарное количество растворенных веществ, которое должно быть выведено почками. В основном она включает нетрансформируемые в ходе обмена веществ пищевые компоненты, главным образом, электролиты натрия, хлор, калий и фосфор, которые были поглощены сверх потребностей организма, и конечные продукты обмена веществ, наиболее важными из которых являются азотные соединения, образовавшиеся в результате пищеварения и метаболизма белков.

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 непочечными путями. Она определяется как сумма четырех электролитов (натрия, хлора, калия и фосфора) плюс растворенные вещества, полученные в результате белкового обмена, на долю которых обычно приходится свыше 50% потенциальной нагрузки растворенных веществ на почки. В таблице 43 показаны значительные различия в потенциальной нагрузке растворенных веществ на почки, которую дают различные виды молока и детские питательные смеси.

**Таблица 43. Потенциальная нагрузка растворенных веществ на почки, которую дают различные виды молока и детских питательных смесей**

Молоко и питательная смесь	Потенциальная нагрузка растворенных веществ на почки (мосмоль/литр)
Зрелое материнское молоко	93
Детская питательная смесь промышленного производства	135
Смесь на сгущенном молоке	260
Цельное коровье молоко	308

Источник: Fomon (5).

Новорожденный ребенок имеет слишком ограниченную пропускную способность почек, чтобы справляться с высокой нагрузкой растворенных веществ и одновременно сохранять жидкости. Осмолярность материнского молока соответствует возможностям организма ребенка, поэтому беспокойство по поводу чрезмерной нагрузки растворенных веществ на почки касается прежде всего детей, которые не кормятся грудью, особенно детей, которых кормят немодифицированным коровьим молоком. Особенно оправдано это беспокойство в период болезни. 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 иммунологических 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.

### **ДЛЯ ЧЕГО НУЖНА ПИЩА ДЛЯ ПРИКОРМА?**

По мере того, как ребенок растет и становится более активным, для полного удовлетворения его пищевых и физиологических потребностей одного грудного молока недостаточно. Для компенсации разницы между количеством энергии, железа и других незаменимых питательных веществ, которое обеспечивается за счет исключительно грудного вскармливания, и суммарными алиментарными потребностями грудного ребенка нужна адаптированная семейная пища (пища переходного периода). С возрастом эта разница увеличивается и требует все большего вклада другой пищи, помимо грудного молока, в поступление энергии и пищевых веществ, особенно железа. Пища для прикорма также играет важную роль в развитии нервно-мышечной координации.

Грудные дети не обладают физиологической зрелостью для того, чтобы перейти от исключительно грудного вскармливания прямо к пище с семейного стола. Поэтому для преодоления этого



разрыва между потребностями и возможностями нужны специально адаптированные семейные продукты (пища переходного периода), причем необходимость в них сохраняется примерно до 1 года, пока ребенок не станет достаточно зрелым для потребления обычной домашней еды. При введении пищи переходного периода ребенок также сталкивается с разнообразными структурами и консистенциями, а это способствует развитию жизненно важных двигательных навыков, таких, как жевание.

### **КОГДА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ПРИКОРМ?**

Оптимальный возраст введения пищи переходного периода можно определить путем сравнения преимуществ и недостатков различных сроков.

Следует оценить, в какой степени грудное молоко может обеспечить достаточное количество энергии и пищевых веществ для поддержания роста и предупреждения дефицитов, а также каков риск заболеваемости, особенно инфекционными и аллергическими болезнями, от потребления зараженных продуктов питания и “чужеродных” пищевых белков. К другим важным соображениям относятся физиологическое развитие и зрелость, различные показатели развития, которые указывают на готовность грудного ребенка принимать пищу, и факторы, связанные с матерью, такие, как пищевой статус, влияние уменьшения сосания груди на фертильность матери и ее способность ухаживать за ребенком, а также существующие принципы и методы ухода за детьми раннего возраста (глава 9).

Слишком раннее начало введения прикорма имеет свои опасности, потому что:

- грудное молоко может быть вытеснено пищей для прикорма, и это приведет к уменьшению выработки грудного молока, а значит и к риску недостаточного потребления ребенком энергии и пищевых веществ;
- грудные дети подвергаются воздействию болезнетворных микробов, присутствующих в продуктах питания и жидкостях, которые могут быть заражены, и тем самым увеличивают риск диспептических заболеваний и, следовательно, недостаточности питания;

- угроза диспептических заболеваний и пищевых аллергий увеличивается вследствие незрелости кишечника, и из-за этого возрастает риск недостаточности питания;
- к матерям быстрее возвращается фертильность, так как снижение сосания груди уменьшает период, в течение которого подавляется овуляция.

Проблемы возникают также и в том случае, когда прикорм вводится слишком поздно, потому что:

- недостаточное поступление энергии и пищевых веществ от одного грудного молока может привести к задержке роста и недостаточности питания;
- вследствие неспособности грудного молока удовлетворять потребности ребенка могут развиваться дефициты микронутриентов, особенно железа и цинка;
- может быть не обеспечено оптимальное развитие двигательных навыков, таких, как жевание, и положительное восприятие ребенком нового вкуса и структуры пищи.

Поэтому вводить прикорм нужно в свое время, на соответствующих этапах развития.

Сохраняется много разногласий по поводу того, когда именно начинать введение прикорма. И хотя все согласны, что оптимальный возраст является индивидуальным для каждого конкретного ребенка, вопрос о том, рекомендовать ли введение прикорма в возрасте “от 4 до 6 месяцев” или “примерно в 6 месяцев”, остается открытым. Следует пояснить, что “6 месяцев” определяется как конец первых шести месяцев жизни ребенка, когда ему исполняется 26 недель, а не начало шестого месяца, т.е. 21–22 недели. Точно так же “4 месяца” относится к концу, а не к началу четвертого месяца жизни. Существует практически всеобщее согласие в том, что не следует начинать введение прикорма до наступления возраста 4 месяцев и задерживать его до возраста старше 6 месяцев. В резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения 1990 и 1992 гг. рекомендуется “4–6 месяцев”; тогда как в резолюции 1994 г. рекомендация гласит “примерно в 6 месяцев”. В нескольких более поздних публикациях ВОЗ и ЮНИСЕФ используются обе формулировки. В обзоре ВОЗ (Lutter, 6) был сделан вывод о том, что научное обоснование рекомендации срока 4–6 месяцев

достаточных документальных подтверждений не имеет. В опубликованном недавно докладе ВОЗ/ЮНИСЕФ о введении прикорма в развивающихся странах (7) авторы рекомендовали кормить доношенных детей исключительно грудью примерно до возраста 6 месяцев.

Во многих рекомендациях в промышленно развитых странах используют период 4–6 месяцев. Тем не менее, в опубликованных недавно в Нидерландах официальных рекомендациях (8) говорится, что детям, находящимся на грудном вскармливании и имеющим достаточные показатели роста, с алиментарной точки зрения не нужно давать никакого прикорма до примерно 6 месяцев. Если же родители решают начать прикорм раньше, это вполне допустимо при условии, что ребенку исполнилось не менее 4 месяцев. Кроме того, в заявлении Американской академии педиатрии (9) рекомендуется возраст “примерно 6 месяцев”, и то же самое приняли различные государства-члены Европейского региона ВОЗ, когда адаптировали и реализовывали учебные программы “Комплексное ведение детских болезней” (IMCI) для медицинских работников (см. Приложение 3).

Когда принимается решение о том, следует ли указывать в рекомендациях срок 4–6 месяцев или примерно 6 месяцев, необходимо оценить, как это истолковывают родители или медицинские работники. Медицинские работники могут неправильно истолковать рекомендацию и будут поощрять введение прикорма к 4 месяцам, просто “на всякий случай”. В результате родители могут подумать, что их дети должны есть пищу для прикорма к моменту достижения 4-месячного возраста и поэтому начнут вводить “новые вкусы” пищи до 4 месяцев (7). Поэтому национальным органам следует оценивать, как интерпретируются их рекомендации родителями и медицинскими работниками.

В странах с переходной экономикой имеются данные о повышенном риске инфекционных заболеваний при введении прикорма до 6 месяцев и о том, что введение прикорма до этого возраста не улучшает темпов увеличения массы и длины тела ребенка (10, 11). Более того, исключительно грудное вскармливание в течение первых примерно 6 месяцев дает преимущества для здоровья. В неблагоприятных условиях окружающей среды, даже если с введением прикорма немного увеличится поступление энергии, расход энергии в ответ на

повышение заболеваемости, связанный с введением продуктов и жидкостей помимо грудного молока (что особенно вероятно в негигиеничных окружающих условиях), приводит в итоге к тому, что нет никакой чистой выгоды с точки зрения баланса энергии. Что касается питательных веществ, то потенциальные выгоды от введения прикорма будут, скорее всего, сведены на нет потерями в результате повышения заболеваемости и снижения биологической доступности питательных веществ, содержащихся в грудном молоке, когда одновременно с грудным молоком даются дополнительные продукты питания. В условиях когда вызывает озабоченность дефицит питательных веществ у грудных детей до 6 месяцев, более действенным и менее рискованным путем предотвращения недостаточности питательных веществ у матери и у ребенка может стать улучшение питания матери. Оптимальное питание матери во время беременности и кормления грудью не только гарантирует высокое качество молока для ребенка, но и повышает до максимального уровня способность матери ухаживать за своим ребенком.

Для Европейского региона ВОЗ рекомендация состоит в том, что грудные дети должны находиться на исключительно грудном вскармливании начиная с рождения до примерно 6 месяцев и не менее, чем в течение первых 4 месяцев жизни. Некоторым детям может понадобиться прикорм раньше 6 месяцев, но вводить его до 4 месяцев не следует. На необходимость введения прикорма до 6 месяцев указывает то, что ребенок в отсутствие явной болезни недостаточно прибавляет в весе (что определяется на основании двух-трех оценок подряд) (см. главу 10) или выглядит голодным после неограниченного кормления грудью. Следует обращать внимание на использование правильных карт нормативных показателей физического развития, принимая во внимание то, что дети, вскармливаемые грудью, имеют не такие темпы физического развития, как те дети, на которых основаны нормативные величины Национального центра медицинской статистики США (12). Тем не менее, начиная вводить прикорм до 6 месяцев, нужно учитывать и другие факторы, такие, как масса тела и внутриутробный возраст при рождении, клиническое состояние и общий статус физического развития и пищевой статус ребенка. В результате исследования, проведенного в Гондурасе (13), было установлено, что кормление детей, находящихся на грудном вскармливании, с массой тела при

рождении от 1500 до 2500 г бесплатными высококачественными продуктами для прикорма начиная с 4-месячного возраста не давало никаких преимуществ для физического развития. Эти результаты подтверждают правильность рекомендации кормить детей исключительно грудью в течение примерно 6 месяцев даже для маловесных детей.

## **СОСТАВ ПРОДУКТОВ ДЛЯ ПРИКОРМА**

В главе 3 были даны оценки средних величин энергии, которые требовалось получить от продуктов для прикорма в разном возрасте. Было рассмотрено влияние разных уровней потребления грудного молока и разных величин энергетической плотности продуктов для прикорма на частоту приема пищи, которая требуется для удовлетворения потребностей в энергии, с учетом ограничений в объеме пищи, диктуемых вместимостью желудка. В следующем разделе эти вопросы поднимаются вновь и рассматриваются более подробно. Анализируются физические свойства крахмала с точки зрения густоты основной еды, даваемой в качестве прикорма. На этом основании предлагаются возможные изменения в приготовлении основной еды, что должно помочь получить такую пищу, которая не будет ни слишком густой для потребления грудным ребенком, ни такой жидкой, что у нее будет снижена плотность энергии и питательных веществ. Далее рассматриваются способы улучшения плотности питательных веществ в основной еде за счет добавления других продуктов для прикорма, а также другие факторы, влияющие на количество потребляемой пищи (такие, как вкус и аромат) и на количество каждого фактически усваиваемого питательного вещества (биологическая доступность и пищевая плотность).

### **Энергетическая плотность и вязкость**

Основными факторами, влияющими на то, в какой степени грудной ребенок может удовлетворить свои потребности в энергии и питательных веществах, являются консистенция и энергетическая плотность (количество энергии на единицу объема) пищи для прикорма и частота кормления. Главным источником энергии часто является крахмал, но при нагревании с водой крахмальные зерна клейстеризуются и образуют объемистую, густую (вязкую) кашу. Из-за этих физических свойств грудным детям трудно проглотить и переварить такую

кашу. Кроме того, низкая калорийность и пищевая плотность означает, что для удовлетворения потребностей грудного ребенка ему нужно съесть большие объемы пищи. Обычно это невозможно из-за ограниченной вместимости желудка грудного ребенка и ограниченного числа приемов пищи в день. Разбавление густой каши для того, чтобы ее было легче проглотить, еще больше снижает ее энергетическую плотность. Традиционно пища для прикорма имеет низкую энергетическую плотность и низкое содержание белков, и хотя ее жидкая консистенция облегчает ее потребление, объемы, необходимые для удовлетворения потребности ребенка в энергии и пищевых веществах, часто превышают максимальный объем, который может проглотить грудной ребенок. Добавление небольшого количества растительного масла может сделать еду мягче и легче для потребления даже в холодном виде. Однако добавление большого количества сахара или свиного жира хотя и повысит энергетическую плотность, но увеличит вязкость (густоту) и поэтому сделает пищу слишком тяжелой для потребления в больших количествах.

Таким образом, пища для прикорма должна быть богатой энергией, белками и микронутриентами и иметь консистенцию, которая позволяет легко потреблять ее. В некоторых странах развивающегося мира эту проблему решают путем добавления в густую кашу муки, богатой амилазой, что уменьшает вязкость каши, не снижая содержания в ней энергии и пищевых веществ (14). Богатую амилазой муку получают путем проращивания зерен хлебных злаков, что ведет к активации ферментов амилазы, которые затем расщепляют крахмал на сахара (мальтозу, мальтодекстрины и глюкозу). Когда крахмал расщепляется, он утрачивает свою способность впитывать воду и разбухать, и поэтому каша из богатой амилазой муки из проросших зерен имеет высокую энергетическую плотность, сохраняя полужидкую консистенцию, но повышенную осмолярность. Приготовление таких сортов муки требует времени и утомительного труда, но их можно приготавливать в больших количествах и добавлять понемногу для разжижения каши по мере необходимости (15). Их можно также производить в промышленных масштабах при низких затратах.

Крахмалсодержащие продукты питания также можно улучшить путем смешивания с другими продуктами, но при этом

чрезвычайно важно знать действие таких добавлений не только на вязкость пищи, но и на плотность белков и питательных микроэлементов в пище. Например, хотя добавление животных жиров, растительного масла или маргарина повышает энергетическую плотность, оно отрицательно влияет на плотность белков и микронутриентов. Поэтому крахмалсодержащие продукты необходимо обогащать такими продуктами, которые повышают содержание в них энергии, белков и питательных микроэлементов. Этого можно достичь добавлением молока (грудного молока, детских питательных смесей промышленного производства или небольших количеств коровьего молока или кисломолочных продуктов), что улучшает качество белков и повышает плотность основных питательных веществ.

### **Пищевая плотность и биологическая доступность**

Количество доступных для обеспечения физического и психического развития грудного ребенка питательных веществ зависит как от их количества в грудном молоке и пище переходного периода, так и от их биологической доступности. Биологическая доступность определяется как всасываемость питательных веществ и их наличие для использования в целях обмена веществ, тогда как плотность питательных веществ – это количество того или иного пищевого вещества на единицу энергии, например, 100 кДж, или на единицу веса, например, 100 г.

Между продуктами животного и растительного происхождения существуют большие различия в плотности питательных веществ и биологической доступности питательных микроэлементов. Продукты животного происхождения на единицу энергии обычно содержат больше некоторых пищевых веществ, таких, как витамины А, D и E, рибофлавин, витамин B<sub>12</sub>, кальций и цинк. Содержание железа в некоторых продуктах животного происхождения (таких, как печень, мясо, рыба и птица) высоко, тогда как в других продуктах (молоко и молочные продукты) низко. Напротив, плотность тиамин, витамина B<sub>6</sub>, фолиевой кислоты и витамина С обычно выше в растительных продуктах, а некоторые из них, такие как бобовые и кукуруза, содержат также значительные количества железа. В целом же биологическая доступность минералов, содержащихся в растительных продуктах, хуже по сравнению с минералами, содержащимися в продуктах животного происхождения.

К числу питательных микроэлементов, обладающих низкой биологической доступностью в растительных продуктах, относятся железо, цинк, кальций и  $\beta$ -каротин в листовых и некоторых других овощах. Кроме того, всасывание  $\beta$ -каротина, витамина А и других жирорастворимых витаминов затрудняется, когда в рационе питания мало жиров.

Рационы питания с высокой биологической доступностью питательных веществ разнообразны и содержат большие количества бобовых и продуктов, богатых витамином С, с небольшими количествами мяса, рыбы и птицы. Рационы же с низкой биологической доступностью питательных веществ состоят главным образом из зернопродуктов, бобовых и корнеплодов, с ничтожно малыми количествами мяса, рыбы или продуктов, богатых витамином С.

### **Разнообразие, вкус и аромат**

Для того чтобы обеспечить удовлетворение потребностей растущих детей в энергии и питательных веществах, им нужно предлагать широкий ассортимент продуктов с высокой пищевой ценностью. Кроме этого, вполне возможно, что, когда детям предлагается более разнообразный рацион питания, это улучшает их аппетит. Хотя структура потребления пищи с каждым приемом меняется, дети регулируют свое потребление энергии при последующих приемах пищи таким образом, что суммарное суточное потребление энергии обычно остается относительно постоянным. Тем не менее, величина потребления энергии в разные дни также может несколько изменяться. Несмотря на то, что у детей есть свои предпочтения, дети, когда им дают разные продукты, обычно выбирают некоторый набор, включающий и их любимые продукты, и в итоге получают алиментарно полный рацион.

На потребление ребенком пищи переходного периода может влиять целый ряд органолептических свойств, таких, как вкус, аромат, внешний вид и структура. Вкусовые сосочки языка воспринимают четыре первичных вкусовых качества: сладкое, горькое, соленое и кислое. Чувствительность ко вкусу помогает защититься от съедания вредных веществ, а также может помочь в регулировании величины потребления пищи ребенком. Хотя детям не нужно учиться любить сладкую или соленую пищу, существуют достаточно убедительные подтверждения того, что



на предпочтения детей в отношении большинства других пищевых продуктов большое влияние оказывают познание и опыт (16). Единственным врожденным предпочтением у людей является предпочтение к сладкому вкусу, и даже новорожденные дети жадно поедают сладкие вещества. Это может стать проблемой, так как у детей вырабатывается предпочтение по отношению к частоте воздействия того или иного вкуса. Отказ от всех других продуктов, кроме сладких, ограничит разнообразие потребляемой ребенком пищи и питательных веществ.

По сравнению с однообразным рационом питания, дети съедают больше, когда они получают разнообразную пищу. Важно, чтобы дети, для которых первоначально незнакомы все продукты, имели неоднократный доступ к новым продуктам в период введения прикорма, чтобы у них выработалась здоровая система положительного восприятия пищи. Было высказано предположение, что нужно попробовать пищу как минимум 8–10 раз, а явное повышение положительного восприятия пищи происходит после 12–15 раз (17). Таким образом, родителей нужно успокаивать и говорить, что отказ принять пищу – явление нормальное. Продукты нужно предлагать по много раз, так как те продукты, от которых ребенок первоначально отказывается, позже нередко принимаются. Если истолковать первоначальный отказ ребенка как неизменный, этот продукт, вероятно, больше не будет предлагаться ребенку, и возможность иметь доступ к новым продуктам и вкусовым ощущениям будет потеряна.

Процесс введения прикорма зависит от того, научился ли ребенок получать удовольствие от новой пищи. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, могут быстрее положительно воспринять твердую пищу, чем дети, вскармливаемые детскими питательными смесями промышленного производства, поскольку первые привыкли к разным оттенкам вкуса и запаха, передаваемым с материнским молоком (18).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА**

Ниже в кратком виде представлены основные этапы перехода рациона питания грудного ребенка от материнского молока к пище с семейного стола. Эти этапы образуют

непрерывный процесс, а переход от одного этапа к другому проходит относительно быстро и плавно. Очень важно распознавать различия между детьми в их готовности по своему развитию к введению прикорма, а значит и признавать индивидуальные схемы в темпах введения различных продуктов для прикорма. Приведенные ниже рекомендации призваны помочь добиться того, чтобы грудные дети обеспечивались достаточными количествами питательных веществ, чтобы биологическая доступность и плотность питательных веществ были максимальными и чтобы стимулировались и развивались соответствующие поведенческие навыки. В главе 9 рассматриваются социально-бытовые вопросы и принципы, лежащие в основе успешного введения прикорма.

## **1 этап**

### **Развитие навыков**

Цель на этом начальном этапе состоит в том, чтобы приучить грудного ребенка есть с ложки. Первоначально нужно лишь малое количество пищи (примерно одна или две чайных ложки), и давать ее нужно на кончике чистой чайной ложки или пальца. Возможно, ребенку понадобится некоторое время, чтобы научиться пользоваться губами для снятия пищи с ложки и перемещать пищу, готовую к проглатыванию, в заднюю часть ротовой полости. Часть пищи может стекать по подбородку, выплевываться. Этого с самого начала следует ожидать, и это не означает, что ребенку еда не нравится.

### **Жидкости**

Кормление грудью по требованию должно продолжаться с такой же частотой и интенсивностью, как и в период исключительного грудного вскармливания, и грудное молоко должно оставаться главным источником жидкости, пищевых веществ и энергии. В этот период никакие другие жидкости не нужны.

### **Пища переходного периода**

Первой предложенной ребенку пищей должны быть размятые продукты, состоящие из одного ингредиента, мягкой консистенции, без добавления сахара соли или острых приправ, таких, как карри-порошок или острый стручковый перец. К числу положительных примеров можно отнести хлебные злаки, кроме пшеницы, такие, как сваренный дома и размятый рис,

картофельное пюре, мягкая густая каша из традиционных злаковых продуктов (таких, как овес, и пюре из овощей или фруктов). В пюре для размягчения можно добавить грудное молоко (или детскую питательную смесь).

### **Частота приема пищи**

Научиться навыкам употребления пищи и получению удовольствия от новых вкусовых ощущений ребенку помогут небольшие количества пищи для прикорма один-два раза в день. Пищу следует предлагать после кормления грудью, во избежание замены грудного молока прикормом.

## **2 этап**

### **Развитие навыков**

После того как ребенок привык к кормлению ложкой, для улучшения разнообразия рациона питания и развития двигательных навыков можно добавить новые оттенки вкуса и консистенции (таблица 42). Показателями степени развития, указывающими на то, что грудные дети готовы к более густым пюре, относятся их способность сидеть без поддержки и переносить предметы из одной руки в другую.

### **Жидкости**

Кормление грудью по требованию следует продолжать, и грудное молоко должно оставаться основным источником жидкостей, пищевых веществ и энергии. Грудной ребенок может не сохранить той же частоты и интенсивности кормления грудью, что и во время исключительного грудного вскармливания.

### **Пища переходного периода**

Можно вводить хорошо проваренные размятые мясо (особенно печень), бобовые, овощи, фрукты и различные зерновые продукты. Для того чтобы поощрить детей к положительному восприятию новых продуктов, неплохо ввести новый оттенок вкуса, такой, как мясо, вместе со знакомым любимым блюдом, таким, как размятые фрукты или овощи. Аналогичным образом, при введении более комковатой пищи следует смешивать любимую еду ребенка с новой, более грубой по структуре пищей (например, морковь небольшими, но заметными кусками). Вместо сладкого следует поощрять пряную пищу, а в десертах должно быть мало сахара.

### **Частота приема пищи**

Через несколько недель после начала введения прикорма грудной ребенок должен принимать небольшие количества продуктов, выбранных из широкого разнообразного ассортимента, от двух до трех раз в день.

### **3 этап**

#### **Развитие навыков**

По мере того как дети продолжают развиваться, можно вводить пищу с более густой консистенцией и более комковатой структурой, чтобы помочь им научиться жевать и справляться с небольшими кусочками пищи. С развитием более точных двигательных навыков и появлением зубов грудные дети приобретают способность брать маленькие кусочки пищи, переправлять их в рот и жевать; при этом важно поощрять развитие таких навыков, давая детям еду, которую можно есть пальцами.

#### **Жидкости**

Кормление грудью по требованию должно продолжаться, чтобы обеспечивать постоянное поступление энергии с грудным молоком. Однако по мере роста ребенка все более важное значение в удовлетворении растущих пищевых потребностей ребенка приобретают энергия и пищевые вещества, поступающие с пищей переходного периода. При приготовлении пищи можно использовать небольшие количества коровьего молока и других молочных продуктов, а после 9 месяцев в качестве питья детям, которых больше не кормят грудью, можно давать немодифицированное коровье молоко. Другие жидкости помимо грудного молока следует давать в чашке.

#### **Пища переходного периода**

Овощи нужно варить до размягчения, а мясо следует пропускать через мясорубку и затем разминать на крупные частицы. Еда должна быть разнообразной и содержать фрукты и овощи, бобовые и небольшие количества рыбы, кефира, мяса, печени, яйца или сыра. Во избежание риска отравления сальмонеллой, очень важно как следует варить яйцо; не следует использовать блюда, содержащие сырые яйца (см. главу 12). При каждом приеме пищи следует предлагать еду, которую можно есть пальцами, например, поджаренный хлеб, морковь и

грушу. На хлеб следует намазывать умеренные количества масла или маргарина, тогда как продукты с добавленным сахаром, такие, как печенье и пирожные, лучше не поощрять.

### **Частота приема пищи**

Каждый день следует предлагать два-три основных приема пищи, а между ними можно давать легкие закуски, такие, как йогурт, немного кефира, размятое сырое или печеное яблоко, намазанный маслом, маргарином или вареньем хлеб. Ко времени этого этапа грудным детям, которые не кормятся грудью или детской питательной смесью, будет необходимо питаться не менее пяти раз в день.

## **4 этап**

### **Развитие навыков**

В последние месяцы периода введения прикорма кормление ребенка должно сочетаться с самостоятельным приемом пищи. Однако пока грудные дети и дети раннего возраста еще только отрабатывают свои навыки кормления, они не могут самостоятельно кормиться до такой степени, чтобы обеспечить достаточное потребление пищи, поэтому лица, ухаживающие за грудными детьми, по-прежнему играют важную роль в кормлении детей (глава 9).

### **Жидкости**

Грудное молоко продолжает составлять важную часть рациона питания и в предпочтительном варианте должно быть главной жидкостью в течение второго года жизни и даже дольше. Начиная с 9 месяцев можно постепенно увеличивать потребление свежего коровьего молока и молочных продуктов на его основе.

### **Пища переходного периода**

По мере того как ребенок переходит к более зрелому рациону питания, продукты должны быть рублеными или размятыми, а мясо должно быть прокручено на мясорубке. В каждый прием пищи следует включать продукты, которые можно есть пальцами, например, маленькие кубики фруктов, овощей, картофеля, тоста, сыра и мягкого мяса, чтобы приучать ребенка есть самостоятельно. Следует избегать блюд, приготовленных только из жирных продуктов.

### **Частота приема пищи**

Грудные дети должны иметь три основных приема пищи в день, чередующиеся с двумя легкими закусками.

К возрасту примерно 1 года дети могут есть обычную пищу с семейного стола и не требуют специально приготовленных блюд. По-прежнему не рекомендуется добавлять соль, и ограничение соли пойдет на пользу всей семье. Дети едят медленно, поэтому необходимо особо позаботиться о том, чтобы можно было уделять им дополнительное время и внимание (глава 9). Когда грудные дети и дети раннего возраста учатся есть, они нуждаются в поощрении, а взрослым, которые их кормят, нужно иметь терпение. Когда малышей не оставляют одних, чтобы они сами брали себе еду из семейного блюда, а помогают им есть и поощряют их, это может намного увеличить количество пищи, которую они съедают. Во время приема пищи следует всегда наблюдать за грудными детьми и детьми раннего возраста (глава 9).

### **КАКУЮ ПИЩУ ЛУЧШЕ ВСЕГО ГОТОВИТЬ ДЛЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ?**

Выбор продуктов, используемых для прикорма, у разных категорий населения значительно различается вследствие разных традиций и разной степени доступности. В следующем разделе рассматривается использование различных продуктов питания для прикорма. В новом докладе ВОЗ (19) предлагается удобный способ подсчета вклада различных продуктов в заполнение той нехватки энергии и питательных веществ, которая образуется в период, когда грудное молоко больше не удовлетворяет растущих потребностей грудного ребенка.

### **Продукты растительного происхождения**

Помимо пищевых веществ, продукты питания содержат комбинации других веществ, большинство которых в избытке присутствует в растениях. Ни один отдельно взятый продукт не может обеспечить организм всеми пищевыми веществами (за исключением грудного молока для грудных детей первых месяцев жизни). Например, картофель обеспечивает витамином С, но не обеспечивает железом, в то время как хлеб и сухая фасоль обеспечивают железом, но не витамином С. Поэтому для предупреждения заболеваний и благоприятствования росту

здоровый рацион питания должен содержать разнообразные продукты.

Растительная пища содержит биологически активные компоненты, или метаболиты, которые веками использовались в традиционных снадобьях и лекарствах из трав. Выделение, выявление и количественное определение этих растительных метаболитов связано с их потенциально защитной ролью, и интерес к их выявлению возник благодаря эпидемиологическим данным, согласно которым некоторые из них предохраняют от развития рака и сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых. Не исключено также, что такие компоненты оказывают благотворное действие на детей раннего возраста, хотя научных подтверждений этому недостаточно. Многие содержащиеся в растениях метаболиты не являются пищевыми веществами в традиционном смысле и иногда называются “непищевыми веществами”. Сюда входят такие вещества, как пищевые волокна и родственные им вещества, фитостеролы, лигнаны, флавоноиды, глюкозинолаты, фенолы, терпены и соединения из растений семейства луковых. Они встречаются во многих различных растениях, примеры которых приведены в таблице 44.

Для того чтобы обеспечить потребление всех этих веществ с защитными свойствами, важно есть как можно более разнообразную растительную пищу. Нет никакой необходимости в том, чтобы принимать витаминные добавки или растительные экстракты в качестве замены или дополнения к потреблению доброкачественной здоровой пищи, и по медицинским основаниям обычно это не рекомендуется.

### **Зерновые продукты**

Зерновые продукты составляют основную пищу практически всех категорий населения. Значительный вклад в рацион питания в Европейском регионе ВОЗ вносят такие продукты, как пшеница, гречиха, ячмень, рожь, овес и рис. В целом 65–75% общего веса зерновых продуктов составляют углеводы, 6–12% белки и 1–5% жиры. Большая часть углеводов присутствует в виде крахмала, но зерновые продукты также являются важнейшим источником пищевых волокон и содержат некоторое количество простых сахаров. Большинство зерновых продуктов в сыром виде содержат медленно перевариваемый крахмал, который при термической обработке превращается в быстро

**Таблица 44. Примеры “непищевых веществ” и их пищевые источники растительного происхождения**

“Непищевое вещество”	Пищевой источник растительного происхождения
Пищевые волокна и родственные им вещества	Овес, пшеница, рожь, соевые бобы, большинство овощей и фруктов
Фитостеролы	Кукуруза, рапсовое семя, семя подсолнечника, соевые бобы
Лигнаны	Ржаные отруби, ягоды, орехи
Флавоноиды	Лук, салат, помидоры, перец сладкий, цитрусовые фрукты, соевые продукты
Глюкозинолаты	Брокколи, капуста, брюссельская капуста
Фенолы	Виноград, малина, клубника
Терпены	Цитрусовые фрукты, вишня, травы
Соединения, присутствующие в растениях семейства луковых	Чеснок, лук, лук-порей

перевариваемый. Частично размолотые зерна и семена содержат крахмал, устойчивый к перевариванию.

Зерновые продукты также являются источником питательных микроэлементов. Питательные микроэлементы сосредоточены в наружных слоях отрубей злаковой культуры, где содержатся также фитаты, которые могут оказывать отрицательное действие на всасывание нескольких микронутриентов. Таким образом, типы муки высокого выхода, такие, как обойная мука, содержащие больше наружных слоев зерна, богаче питательными микроэлементами, но содержат также больший процент фитатов. И наоборот, белые сорта муки более тонкого помола, содержащие меньше зерна в его исходной форме, содержат меньше фитатов, но и меньше питательных микроэлементов.

### **Картофель**

Картофель представляет собой корнеплод и является одной из важнейших составляющих рациона питания во многих



европейских странах. Картофель богат крахмалом, и благодаря тому, что его можно хранить в простых условиях в течение довольно долгого времени, он вместе с зерновыми продуктами представляет собой основной источник поступления пищевой энергии в течение всего года. В картофеле содержится сравнительно мало белков, хотя биологическая ценность картофельных белков весьма высока. Картофель содержит значительные количества витамина С, а также является хорошим источником тиамина. Содержание витамина С в картофеле меняется в зависимости от длительности хранения: через три месяца остается примерно две трети аскорбиновой кислоты, а через 6–7 месяцев – около одной трети. Свежеприготовленный картофель быстро и легко переваривается. Однако если после приготовления он остывает, содержащийся в нем крахмал может подвергнуться ретроградации и образовать так называемый “стойкий крахмал”, который не переваривается в тонкой кишке, хотя и поддается ферментации в толстой кишке.

### **Овощи и фрукты**

Овощи и фрукты служат источником витаминов, минералов, крахмала и пищевых волокон, а также других непищевых веществ, таких, как антиоксиданты и фитостеролы (см. выше). Они выполняют важную защитную функцию, помогая предупредить недостаточность питательных микроэлементов, и обычно имеют низкое содержание жиров.

Овощи и фрукты вносят самый значительный вклад в потребление витамина С. Употребление овощей и фруктов, содержащих витамин С (например, капусты, брокколи, цитрусовых фруктов и соков из них), вместе с продуктами, богатыми железом, такими, как фасоль, чечевица, цельные зерновые продукты, улучшает всасывание негемного железа из растительной пищи (см. главу 6). К другим питательным микроэлементам, содержащимся в овощах и фруктах, относятся витамины группы В, в том числе витамин В<sub>6</sub>. Темно-зеленые листовые и оранжевые фрукты и овощи богаты каротиноидами, которые превращаются в витамин А; кроме того, темно-зеленые листовые овощи богаты фолатом, в них в значительных количествах присутствуют калий и магний.

Овощи и фрукты содержат разные витамины, минералы, непищевые вещества (такие, как антиоксиданты) и пищевые волокна, и поэтому для того, чтобы выполнить рекомендации в

отношении суточного потребления пищевых веществ, представляется целесообразным выбирать целый набор овощей и фруктов. Пользу для здоровья, которую дают овощи и фрукты, в известной мере могут определять непищевые вещества. Это является одной из причин того, почему витамины и минералы лучше всего получать из овощей и фруктов, а не из таблеток и добавок: тем самым обеспечивается потребление и других незаменимых (быть может, пока еще не открытых) пищевых компонентов.

Наличие свежих овощей и фруктов колеблется в зависимости от времени года и региона, хотя свежемороженые, сушеные и консервированные овощи и фрукты можно есть круглый год. По возможности следует выбирать продукцию местного производства. Если овощи и фрукты консервируются или если употребляются переработанные продукты, в них должно содержаться самое минимальное количество добавленных жиров, растительного масла, сахара и соли.

Многие зеленые листовые овощи перед употреблением подвергаются термообработке. Варка в воде может привести к выщелачиванию и термическим потерям витамина С, особенно когда овощи употребляются не сразу. Потери витамина сокращаются, если использовать лишь минимальное количество воды или кипятить овощи очень недолго.

### **Бобовые**

Бобовые культуры и, в частности, семенные бобовые (соевые бобы, горох, фасоль и чечевица) обладают большой пищевой ценностью, особенно когда недостаточно продуктов животного происхождения. В зрелом виде в них содержится мало воды, они хорошо хранятся и во многих рационах питания являются важным источником пищевых веществ, если их едят вместе с зерновыми продуктами. Семенные бобовые богаты сложными углеводами, как крахмалом, так и пищевыми волокнами, и также являются источником значительных количеств витаминов и минералов.

Однако в некоторых бобовых содержится целый ряд токсичных компонентов, в том числе лектинов, которые действуют как гемагглютинины и ингибиторы трипсина. В зрелом виде ряд семян (таких, как фасоль обыкновенная) содержат токсичные концентрации этих компонентов, и поэтому очень

важно правильно готовить эти продукты, тщательно вымачивать и варить их, чтобы избежать каких-либо токсических эффектов.

### **Продукты животного происхождения**

Продукты животного происхождения представляют собой богатый источник белков, витамина А и легко усваиваемых железа и фолатов. Мясо и рыба являются наилучшими источниками цинка, тогда как молочные продукты богаты кальцием. Мясо, рыба и морепродукты способствуют всасыванию негемного железа, и, кроме того, мясо (особенно печень и другие субпродукты) является источником хорошо всасываемого гемного железа (глава 6). Эпидемиологические исследования показали, что потребление мяса ассоциируется с меньшей распространенностью железодефицита. Однако продукты животного происхождения часто стоят дорого, к тому же потребление излишних белков неэкономично и неэффективно, так как лишние белки расщепляются на энергию и откладываются в виде жира, если эта энергия не востребуется для немедленного расходования. Если же это энергия, которая нужна немедленно, гораздо эффективнее получать ее из продуктов с высокой энергетической плотностью, богатых питательными микроэлементами, а не из белков.

### **Мясо**

Пищевые вещества присутствуют в жирных и нежирных тканях мяса в разных концентрациях, причем в нежирной ткани концентрации выше. Поэтому энергетическая ценность и концентрация практически всех пищевых веществ определяется соотношением жирной и нежирной тканей. В странах Западной Европы населению в целом сегодня рекомендуется уменьшать потребление насыщенных жиров, и в настоящее время спросом пользуются более тощие мясные туши. Напротив, в центральной и восточной частях Региона содержание жира в большинстве сортов мяса и мясных продуктов по-прежнему очень высоко. Однако печень имеет естественно низкое содержание жира и обладает тем дополнительным преимуществом, что ее легко готовить и разминать и она при этом не становится волокнистой, поэтому ее легче есть грудным детям и детям раннего возраста. Более того, печень заслуживает особого упоминания как один из лучших продуктов переходного периода, поскольку она является прекрасным источником белков и большинства незаменимых питательных микроэлементов.

Нежирное мясо содержит значительные количества белков высокой биологической ценности, оно является также важным источником минералов с высокой биологической доступностью, таких, как железо и цинк. Детям раннего возраста может быть трудно есть мясо из-за того, что оно волокнистое, поэтому используемое для прикорма мясо (предпочтительно нежирное) должно быть пропущено через мясорубку, порублено или размято в пюре.

Некоторые виды мяса дорогие, но некоторые (такие, как печень) стоят недорого, а для грудных детей и детей раннего возраста пищевую пользу могут иметь совсем небольшие количества мяса. Немного мяса, добавленного к рациону питания, который в остальном остается вегетарианским, положительно влияет на увеличение длины тела (20, 21) либо благодаря более высокой биологической ценности белков, либо благодаря тому, что оно является источником минералов.

### **Рыба и морепродукты**

Рыба является важным источником полноценных белков, обеспечивая те же их количества, что и нежирное мясо на единицу веса продукта. Более того, всякая рыба, как пресноводная, так и морская, а также моллюски являются богатыми источниками незаменимых аминокислот. Этому виду белка сопутствуют очень малые количества жира в белой рыбе и моллюсках, тогда как жир в других видах рыб (таких, как лосось, тунец, сардины, сельдь и скумбрия) содержит большой процент полиненасыщенных жирных кислот с длинной цепью типа n-3, которые важны для развития нервной системы. Рыба представляет собой ценный источник железа и цинка, которые присутствуют в несколько меньших концентрациях, чем в мясе, за исключением моллюсков, которые обычно накапливают микроэлементы. Например, устрицы являются одним из богатейших источников цинка. Морская рыба также представляет собой один из основных источников йода, который накапливается в ней из морской окружающей среды. Однако при этом нужно проявлять осторожность, так как существует риск съесть рыбу, пойманную в загрязненных водах (см. главу 12).

### **Яйцо**

Яйцо целого ряда домашних птиц, включая куриное, утиное и гусиное, занимает важное место в рационе питания на всей

территории Европейского региона. Яйцо представляет собой универсальную еду, обладающую высокой биологической ценностью. Яичные белки содержат аминокислоты, незаменимые для физического и психического развития, а содержащиеся в яйце липиды богаты фосфолипидами с высоким отношением полиненасыщенных жирных кислот к насыщенным. Яйцо можно производить с высокой эффективностью при сравнительно низких затратах, и оно является ценным средством улучшения потребления животных белков. Яичные белки ассоциируются с аллергическими реакциями, и поэтому их не следует вводить до 6 месяцев. Яйцо является потенциальной причиной отравления сальмонеллой (см. главу 12), поэтому его нужно подвергать тщательной термообработке.

Нередко яйцо считают хорошим источником железа, поэтому его рано вводят в пищу для прикорма. Но, хотя содержание железа в яйце относительно высокое, это железо химически связано с фосфопротеинами и альбумином, вследствие чего его биологическая доступность не очень высока.

### **Молоко и другие молочные продукты**

Благодаря своему пищевому составу, свежее коровье молоко является источником многих пищевых веществ для растущего ребенка, однако его не следует вводить прежде, чем ребенку исполнится 9 месяцев (глава 6), потому что:

- оно может вытеснить потребление грудного молока;
- в нем низкое содержание железа;
- оно может вызвать желудочно-кишечное кровотечение, особенно в возрасте до 6 месяцев
- в нем высокое содержание белков и натрия – в 3–4 раза выше, чем в грудном молоке.

Для того чтобы обеспечить микробиологическую безопасность молока животных, важно перед употреблением либо пастеризовать его, либо вскипятить (глава 12). Коровье молоко, из которого жир был удален частично (полуснятое молоко, обычно с жирностью 1,5–2%) или полностью (снятое молоко, обычно с жирностью менее 0,5%), обладает значительно меньшим содержанием энергии и жирорастворимых витаминов, чем цельное коровье молоко. Аналогичным образом, сухое молоко, сделанное из обезвоженного, снятого молока, имеет низкое

содержание энергии. Кроме того, как и детские питательные смеси промышленного производства, сухое молоко может оказаться зараженным, если его разводят грязной водой. Поэтому чрезвычайно важно готовить молоко в гигиеничных условиях при строгом соблюдении инструкций, чтобы разведенное сухое молоко не было ни слишком концентрированным, ни слишком разбавленным.

Непереносимость лактозы (вследствие прекращения выведения кишечной лактазы у детей в некоторых категориях несельского населения) в Европейском регионе встречается редко и не представляет собой противопоказания к использованию коровьего молока или молока других млекопитающих в период введения прикорма.

### **Возраст, в котором можно вводить коровье молоко**

Некоторые матери могут быть не в состоянии обеспечить достаточное количество грудного молока в позднем грудном возрасте для удовлетворения потребностей своего ребенка. Это может произойти по разным причинам, в том числе из-за необходимости или желания вернуться на работу. В некоторых странах рекомендуется исключать коровье молоко из рациона питания грудного ребенка в возрасте до 12 месяцев. До 12 месяцев рекомендуется давать ребенку только грудное молоко или детскую питательную смесь промышленного производства, в основном по перечисленным выше причинам. В других странах рекомендуется вводить коровье молоко постепенно, начиная с 9 или 10 месяцев. Нет никакого вреда в кормлении детей грудным молоком или детской питательной смесью вплоть до достижения 12-месячного возраста, если даются достаточные количества и если достаточно содержание железа в пище для прикорма. Однако во многих странах Региона детские питательные смеси промышленного производства намного дороже, чем коровье молоко, поэтому давать детскую питательную смесь до 12-месячного возраста может оказаться невозможным по экономическим причинам. Исходя из этих аргументов, представляется разумным давать следующие рекомендации в отношении оптимальных сроков введения коровьего молока.

Немодифицированное коровье молоко не должно использоваться в качестве питья, а молочные продукты не должны даваться в больших количествах до 9 месяцев. Их,

однако, можно использовать в малых количествах для приготовления пищи для прикорма начиная с 6 месяцев. В период с 9 до 12 месяцев в рацион питания грудного ребенка можно постепенно вводить коровье молоко и другие молочные продукты в качестве питья, желательно в дополнение к грудному молоку, если потребления грудного молока недостаточно или если семья хочет прекратить использовать детскую питательную смесь.

### **Количество коровьего молока**

Рекомендуется продолжать кормление грудью в течение первого года жизни, а если можно, то и второго года. Если объем грудного молока по-прежнему велик (более 500 мл в день), нет никаких причин для введения других видов молока. Тем не менее, многие женщины в Регионе прекращают кормить грудью до того, как ребенку исполнится 1 год, а если они и продолжают кормить грудью в период с 9 до 12 месяцев, среднее потребление молока невелико. Если суммарное потребление молока очень мало или равно нулю, возникает угроза недостаточности нескольких пищевых веществ, и не исключена проблема качества белков, если нет других источников животных белков. В позднем грудном возрасте (примерно с 9 месяцев) чрезмерное потребление коровьего молока может ограничить разнообразие рациона питания, которое очень важно с точки зрения приобщения ребенка к новым вкусовым ощущениям и структурам пищевых продуктов, способствующим развитию навыков приема пищи. Кроме того, поскольку в коровьем молоке низкое содержание и биологическая доступность железа, потребление в больших количествах предрасполагает ребенка к недостаточности железа. Например, если 12-месячный ребенок потребляет один литр коровьего молока или эквивалентное количество в молочных продуктах, это обеспечивает две трети его потребностей в энергии, и остается очень мало места для разнообразного здорового рациона питания.

### **Молоко с пониженным содержанием жира**

Во многих странах в качестве элемента здорового питания взрослых рекомендуется молоко с пониженным содержанием жира. Оно, однако, не рекомендуется в возрасте до 1 года, а в некоторых странах и до 2–3 лет. Например, в Соединенном Королевстве полуснятое молоко обычно не рекомендуется до 2-летнего возраста, а полностью снятое молоко не рекомендуется детям до 5 лет (17). Не торопиться с введением молока с

пониженным содержанием жира рекомендуется не только потому, что в этом молоке низкая энергетическая плотность, но также и потому, что значительно более высокий процент содержащейся в нем энергии приходится на долю белка. Например, в снятом молоке на долю белка приходится 35% энергии, а в цельном молоке – 20%, тогда как в грудном молоке всего лишь 5%. Если значительный процент потребляемой энергии будет поступать за счет молока с пониженным содержанием жира, это увеличит потребление белка до таких уровней, которые могут быть вредны. С другой стороны, молоко с пониженным содержанием жира не будет вредным, если давать его в малых или умеренных количествах и добавлять в рацион питания дополнительное количество жиров.

Таким образом, представляется разумным не вводить молоко с пониженным содержанием жиров до наступления возраста примерно 2 лет. Этим же общим принципам следует придерживаться при введении в рацион питания грудного ребенка и других видов молока, таких, как козье, овечье, верблюжье и кобылье молоко. Следует делать поправку на различные нагрузки по растворенным веществам и различные содержания витаминов и минералов в различных видах молока, и во всех случаях крайне важно гарантировать их микробиологическую безопасность.

### **Кисломолочные продукты**

Жидкое молоко имеет короткий срок хранения. Продлить срок хранения молока и тем самым обеспечить возможность хранения и транспортировки молока и молочных продуктов позволяет ферментация. Большинство кисломолочных продуктов являются продуктами ферментации под действием молочнокислых бактерий, которая ведет к выработке из лактозы молочной и жирных кислот с короткой цепью, а следовательно, к падению рН, которое тормозит рост многих болезнетворных микроорганизмов. Кисломолочные продукты в пищевом отношении аналогичны неферментированному молоку, за исключением того, что некоторая часть лактозы расщепляется на глюкозу, галактозу и продукты, описанные выше. Эти молочнокислые продукты представляют собой прекрасный источник таких питательных веществ, как кальций, белки, фосфор и рибофлавин.

Традиционно кисломолочным продуктам приписывается целый ряд полезных для здоровья свойств, и они используются



для предупреждения широкого круга заболеваний, таких, как атеросклероз, аллергии, желудочно-кишечные заболевания, рак (22). И хотя эмпирические результаты еще предстоит подкрепить исследованиями в контролируемых условиях, первоначальные результаты изучения антибактериальных, иммунологических, противоопухолевых и гипохолестеринемических эффектов потребления молочнокислых продуктов указывают на потенциальную пользу. Появляется все больше данных о том, что у детей раннего возраста определенные штаммы молочнокислых бактерий оказывают благотворное действие против возникновения и продолжения острого поноса (23). Потенциальные благоприятные для здоровья эффекты, называемые также пробиотическими эффектами, объясняются либо большим количеством живых бактерий, присутствующих в продукте, либо жирными кислотами с короткой цепью или другими веществами, которые образуются во время ферментации.

Считается, что кисломолочные продукты ускоряют всасывание негемного железа благодаря пониженному рН. Двумя наиболее распространенными и доступными в Регионе кисломолочными продуктами, содержащими пробиотики, являются йогурт и кефир.

Йогурт получают ферментацией молока (обычно коровьего) под действием *Lactobacillus bulgaricus* и *Streptococcus thermophilus* в заданном временном и температурном режиме.

Кефир – это кислое молоко с характерным шипучим кисловатым вкусом, впервые появившееся на Кавказе. На его долю в настоящее время приходится 70% общего количества кисломолочных продуктов, потребляемых в странах бывшего Советского Союза (24). Кефир получают добавлением в молоко кефирных зерен (маленьких скоплений микроорганизмов, которые удерживаются вместе в полисахаридной матрице) или материнских заквасок, приготовленных из зерен, которые и вызывают брожение молока.

Сыр также является кисломолочным продуктом, в котором неустойчивая жидкость превращается в концентрированный продукт питания, способный к хранению. Твердые сыры примерно на одну треть состоят из белков, на одну треть из жира и на одну

треть из воды и также представляют собой богатый источник кальция, натрия и витамина А, и в меньшей степени витаминов группы В. Мягкие сыры, такие, как творог, содержат больше воды, чем твердые, и поэтому у них ниже плотность пищевых веществ и энергии. Примерно в 6–9 месяцев в пищу для прикорма можно вводить в малых количествах сыр, нарезанный кубиками или пластинками, однако потребление мягкого сыра, намазываемых на хлеб паст из сыра до 9 месяцев следует ограничивать.

### **Фруктовые соки**

В настоящей публикации под фруктовым соком понимается сок, приготовленный путем выдавливания из фруктов. Иногда термин “фруктовый сок” или “фруктовый напиток” используется для обозначения напитка, сделанного смешиванием варенья или компота с водой. В таких напитках обычно содержится только вода и сахар и крайне малое количество витамина С, и поэтому они не имеют никаких полезных свойств “настоящего” фруктового сока или фруктов, из которых можно делать сок.

В пищевом отношении фруктовые соки, выжатые из фруктов, содержат все пищевые вещества, присутствующие во фруктах, за исключением пищевых волокон. Важнейшими источниками являются цитрусовые, такие, как апельсин, лимон и грейпфрут. Также принято употреблять яблочный и виноградный сок, а в Европе популярны еще и фруктовые нектары, как, например, нектары из абрикосов, груш и персиков. Фруктовые соки являются хорошим источником витамина С, и если их дают во время приема пищи, они улучшают биологическую доступность негемного железа, присутствующего в растительной пище. Тем не менее, важно ограничивать объем потребления соков, чтобы не мешать потреблению грудного молока и не препятствовать разнообразию пищи. Кроме того, фруктовые соки содержат глюкозу, фруктозу, сахарозу и другие сахара, которые, благодаря своей кислотности, могут вызывать кариес и эрозию зубов.

В некоторых категориях населения существует мнение, что фруктовый сок не следует давать грудным детям, так как в нем слишком много кислоты, и вместо него дают чай. Действительно, у некоторых фруктовых соков очень низкий показатель рН, но нет никаких логичных оснований для того, чтобы избегать

введения их в рацион питания грудных детей или рекомендовать вместо них чай. Показатель рН желудка близок к единице (очень высокая кислотность), и поэтому фруктовые соки с их кислотностью не оказывают никакого отрицательного действия. Однако тревогу вызывает чрезмерное потребление так называемых фруктовых соков, содержащих искусственные подсластители и простые углеводы помимо глюкозы, сахарозы и фруктозы. Напитки, содержащие сахарные спирты, такие, как маннит и сорбитол, у некоторых детей могут вызывать понос (25, 26).

### **Мед**

Мед может содержать споры *Clostridium botulinum* – вещество, вызывающее ботулизм. Поскольку в желудочно-кишечном тракте грудных детей содержится недостаточно кислоты для уничтожения этих спор, не следует давать грудным детям меда, иначе они могут заболеть этой болезнью.

### **Чай**

На всей территории Европейского региона чай является популярным напитком, но не рекомендуется для грудных детей и детей раннего возраста. Чай содержит танины и другие соединения, которые связывают железо и другие минералы, тем самым снижая их биологическую доступность. Кроме того, часто в чай добавляют сахар, а это увеличивает риск кариеса зубов. Сахар, потребляемый с чаем, также может приглушить аппетит и помешать потреблению более питательной пищи.

### **Травяные чаи**

Во многих странах Западной Европы растет тенденция к употреблению “натуральных” веществ и альтернативных лекарственных средств, и это привело к распространению употребления травяных настоев для детей. Однако вследствие малых размеров тела и быстрых темпов физического развития грудные дети потенциально менее защищены, чем взрослые, от фармакологических эффектов некоторых химических веществ, присутствующих в травяных чаях. Травяные чаи, такие, как чай из ромашки, могут оказывать такое же отрицательное действие на всасывание негемного железа, что и другие чаи, в том числе зеленый чай (27). Кроме того, ощущается недостаточность научных данных, которые подтверждали бы безопасность различных трав и травяных чаев для грудных детей.

### Вегетарианское питание

Вегетарианские рационы питания в различной степени исключают продукты животного происхождения. Главным пунктом, вызывающим озабоченность в отношении вегетарианских рационов питания, является небольшой, но существенный риск недостаточности пищевых веществ. Сюда входит недостаточность железа, цинка, рибофлавина, витамина В<sub>12</sub>, витамина D и кальция (особенно у веганов – лиц, придерживающихся особо строгой вегетарианской диеты) и недостаточное потребление энергии. Наиболее выражены эти дефициты у тех, кто имеет повышенные потребности в энергии, – это грудные дети, дети более старшего возраста и беременные и кормящие женщины. Хотя включение продуктов животного происхождения не гарантирует достаточности рациона питания, легче подобрать сбалансированный рацион с продуктами животного происхождения, чем без них. Мясо и рыба являются важными источниками белков, легко всасываемого гемного железа, цинка, тиамина, рибофлавина, ниацина и витаминов А и В<sub>12</sub>. В вегетарианском же рационе питания эти питательные вещества должны поступать из других источников.

Яйцо, сыр и молоко являются источниками полноценных белков, а также витаминов группы В и кальция. Если в рационах питания для прикорма не будет продуктов животного происхождения (а значит и молока), могут возникнуть проблемы, особенно в заключительный период грудного возраста и в начале раннего детского возраста, когда может быть мало грудного молока. Такие рационы питания основываются исключительно на растительных белках, а единственный растительный белок, приближающийся по качеству к животному белку, поступает с соей. Если же соя приготовлена неправильно, кормление ею в грудном возрасте может иметь отрицательные эффекты вследствие высокого содержания в ней фитоэстрогенов и антинутриентов, таких, как фитат. Это также может вызвать антигенные реакции и послужить причиной энтеропатии, сходной с целиакией и непереносимостью белков коровьего молока. Белки в строго вегетарианском рационе питания должны представлять собой полноценную смесь растительных белков, таких, как белки бобовых, употребляемых вместе с пшеницей, или риса с чечевицей. Для взрослых белков из двух или более групп растительной пищи, употребляемых ежедневно, будет, пожалуй, достаточно. Но для детей, и особенно для детей в возрасте от

6 до 24 месяцев, каждый прием пищи по возможности должен включать два дополнительных источника растительных белков.

Строго вегетарианские рационы питания (т.е. без каких-либо источников животных белков и особенно без молока) могут оказывать особенно серьезное отрицательное воздействие на развитие грудного ребенка, и поэтому необходимо от них отказываться. Примерами являются жестко ограниченные макробиотические диеты (строгий вегетарианский режим в сочетании с приверженностью к натуральной органической пище, в особенности к хлебным злакам), которые сопряжены с риском недостаточности пищевых веществ и связаны с белково-калорийной недостаточностью, рахитом, задержкой физического и психомоторного развития у грудных детей и детей раннего возраста (28, 29). В период введения прикорма такие рационы питания не рекомендуются (30).

## **НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ПИЩИ**

### **Пища с семейного стола**

Домашняя пища обычно служит здоровой основой для введения прикорма, поэтому ее употребление всячески поощряется. Хорошим началом для введения прикорма является использование смеси семейных блюд, в основе которой лежит основная пища (например, хлеб, картофель, рис или гречневая крупа). Можно использовать самые различные домашние продукты. Большинство из них необходимо размягчить термообработкой, а затем размять, превратить в пюре или порубить. При приготовлении пюре может возникнуть необходимость добавить небольшое количество грудного молока или остуженной кипяченой воды, но так, чтобы еда не стала слишком разбавленной и не потеряла своей пищевой плотности. Пища переходного периода должна быть относительно нежной на вкус и не сильно приправленной солью или сахаром. Следует добавлять лишь минимальное количество сахара в кислые фрукты, чтобы улучшить их вкусовые качества. Если добавлять в пищу и питье грудного ребенка ненужное дополнительное количество сахара, это может выработать у него предпочтение к сладкой еде в более старшем возрасте, что будет отрицательно сказываться на здоровье зубов и общем состоянии здоровья (см. главу 11).

В идеале грудные дети должны питаться тем же, чем питается вся семья. Пища, которую они получают, должна быть приготовлена по возможности без добавления сахара или соли. Необходимо избегать очень соленой пищи, такой, как маринованные овощи и соленые мясные продукты. Нужно отложить некоторую порцию семейной еды для грудного ребенка, а затем класть вкусовые добавки (такие, как соль или специи) для остальной семьи.

Как уже говорилось выше, некоторые продукты для прикорма имеют низкую энергетическую и пищевую плотность или могут быть объемными и вязкими, из-за чего ребенку трудно их есть. И наоборот, жидкие каши и супы, которые ребенок может есть легко, невозможно съесть в таких объемах, которых было бы достаточно для удовлетворения пищевых потребностей грудного ребенка. Для того чтобы улучшить питательные свойства и повысить энергетическую плотность каш и других объемных блюд, лицам, осуществляющим уход за ребенком, необходимо:

- готовить с использованием меньшего количества воды и делать более густую кашу;
- заменять большую часть воды (или всю воду) грудным молоком или детской питательной смесью;
- сдабривать густую кашу добавлением, например, сухого молока, растительного масла или жира (не более одной чайной ложки на 100 г, чтобы не добавить лишнего), но ограничивать использование сахара, который не так насыщен энергией, как растительные масла или жиры;
- добавлять богатые микронутриентами фрукты и овощи;
- добавлять немного богатого белками продукта, такого, как кефир, яйцо, печень, мясо или рыба.

Лица, осуществляющие уход за ребенком, должны выбирать подходящие продукты и готовить их таким образом, чтобы максимально повысить их пищевую ценность. У всех лиц, осуществляющих уход за ребенком, должны быть методические рекомендации в отношении кормления, помогающие им узнать, что и как нужно давать их детям. Как и в случае с грудным вскармливанием, просвещение по вопросам кормления грудных детей следует начинать в школе, оно должно быть включено в занятия по дородовой подготовке матерей и проводиться также

после рождения ребенка, а проводить его должны медицинские работники первичного звена здравоохранения, включая патронажных медсестер.

### **Детские питательные смеси промышленного производства**

Детские питательные смеси промышленного производства могут быть весьма удобны, но часто они дорого стоят и могут не давать никаких алиментарных преимуществ по сравнению с правильно приготовленными блюдами с семейного стола, если не считать случаев, когда существует особая необходимость в обогащении микронутриентами. Даже если лица, осуществляющие уход за ребенком, решат кормить его детскими питательными смесями промышленного производства, все равно нужно давать и еду домашнего приготовления, чтобы приучить ребенка к большему разнообразию вкусовых ощущений и структур.

Руководящие работники, ответственные за принятие решений, должны обратиться к рекомендациям Комиссии Codex Alimentarius (31) – совместному докладу ВОЗ и ФАО, в котором определены нормативы по составу детских питательных смесей промышленного производства. Многие страны с переходной экономикой представляют собой новые рынки для компаний-производителей детских питательных смесей, и у некоторых из них нет средств для регулирования сбыта, качества и состава выпускаемых промышленностью детских питательных смесей. Хотя эти смеси популярны у родителей, потому что их можно быстро, легко и удобно приготовить, эти преимущества нужно оценивать с точки зрения относительной стоимости, которая для малообеспеченных семей может оказаться непомерно высокой.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. SHEPPARD, J.J. & MYSAK, E.D. Ontogeny of infantile oral reflexes and emerging chewing. *Child development*, **55**: 831–843 (1984).
2. STEVENSON, R.D. & ALLAIRE, J.H. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric clinics of North America*, **38**: 1439–1453 (1991).
3. MILLA, P.J. Feeding, tasting, and sucking. In: *Pediatric gastrointestinal disease. Vol. 1*. Philadelphia, B.C. Decker, 1991, pp. 217–223.
4. DE VIZIA, B. ET AL. Digestibility of starches in infants and children. *Journal of pediatrics*, **86**: 50–55 (1975).

5. FOMON, S.J. Water and renal solute load. *In: Fomon, S.J. Nutrition of normal infants*. St Louis, MO, Mosby, 1993.
6. LUTTER, C. *Recommended length of exclusive breastfeeding, age of introduction of complementary foods and the weaning dilemma*. Geneva, World Health Organization, 1992 (document WHO/CDD/EDP/92.5).
7. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/NUT/98.1).
8. *Feeding of young children: starting points for advice on feeding of children aged 0–4 years*. The Hague, Health Care Inspectorate and Nutrition Centre, 1999.
9. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Working Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, **100**: 1035–1039 (1997).
10. COHEN, R.J. ET AL. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *Lancet*, **344**: 288–293 (1994).
11. COHEN, R.J. ET AL. Determinants of growth from birth to 12 months among breast-fed Honduran infants in relation to age of introduction of complementary foods. *Pediatrics*, **96**: 504–510 (1995).
12. WHO WORKING GROUP ON INFANT GROWTH. *An evaluation of infant growth. A summary of analyses performed in preparation for the WHO Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva, World Health Organization, 1994 (document WHO/NUT/94.8).
13. DEWEY, K.G. ET AL. Age of introduction of complementary foods and growth of term, low birth weight breast-fed infants: a randomised intervention study in Honduras. *American journal of clinical nutrition*, **69**: 679–686 (1999).
14. WEAVER, L.T. Feeding the weanling in the developing world: problems and solutions. *International journal of food sciences and nutrition*, **45**: 127–134 (1994).
15. WALKER, A.F. & PAVITT, F. Energy density of Third World weaning foods. *British Nutrition Foundation nutrition bulletin*, **14**: 88–101 (1989).
16. BIRCH, L. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proceedings of the Nutrition Society*, **57**: 617–624 (1998).
17. SULLIVAN, S.A. & BIRCH, L.L. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*, **93**: 271–277 (1994).



18. DEPARTMENT OF HEALTH, UNITED KINGDOM. *Weaning and the weaning diet. Report of the Working Group on the Weaning Diet of the Committee on Medical Aspects of Food Policy*. London, H.M. Stationery Office, 1994 (Report on Health and Social Subjects, No. 45).
19. *Complementary feeding. Family foods for breastfed children*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/NHD/00.1; WHO/FCH/CAH/00.6).
20. ALLEN, L.H. Nutritional influences on linear growth: a general review. *European journal of clinical nutrition*, **48** (Suppl. 1): S75–S89 (1994).
21. GOLDEN, M.H.N. Is complete catch-up possible for stunted malnourished children? *European journal of clinical nutrition*, **48** (Suppl. 1): S58–S71 (1994).
22. MACFARLANE, G.T. & CUMMINGS, J.H. Probiotics and prebiotics: can regulating the activities of intestinal bacteria benefit health? *British medical journal*, **318**: 999–1003 (1999).
23. SAAVEDRA, J. Probiotics and infectious diarrhea. *American journal of gastroenterology*, **95** (Suppl. 1): S16–S18 (2000).
24. KOMAI, M. & NANNO, M. Intestinal microflora and longevity. In: Nakazawa, Y. & Hosono, A. *Functions of fermented milk*. London, Elsevier Applied Science, 1992, p.343.
25. LIFSHITZ, F. & AMENT, M.E. Role of juice carbohydrate malabsorption in chronic non-specific diarrhoea in children. *Journal of pediatrics*, **120**: 825–829 (1992).
26. HOURIHANE, J.O. & ROLLES, C.J. Morbidity from excessive intake of high energy fluids: the “squash drinking syndrome”. *Archives of disease in childhood*, **72**: 141–143 (1995).
27. AHMAD, N. & MUKHTAR, H. Green tea polyphenols and cancer: biologic mechanisms and practical implications. *Nutrition reviews*, **57**: 78–83 (1999).
28. DAGNELIE, P.C. ET AL. Nutritional status of infants aged 4–18 months on macrobiotic diets and matched omnivorous control infants: a population-based mixed longitudinal study. II. Growth and psychomotor development. *European journal of clinical nutrition*, **43**: 325–338 (1989).
29. TRUESDELL, D.D. & ACOSTA, P.B. Feeding the vegan infant and child. *Journal of the American Dietetic Association*, **85**: 837–840 (1985).
30. JACOBS, C. & DWYER, J.T. Vegetarian children: appropriate and inappropriate diets. *American journal of clinical nutrition*, **48**: 811–818 (1988).
31. JOINT FAO/WHO CODEX ALIMENTARIUS COMMISSION. *Codex alimentarius*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1992.

# Практика ухода за детьми

*Руководители, определяющие политику, и медицинские работники должны признать необходимость оказания поддержки тем, кто осуществляет уход за детьми, а также тот факт, что практика ухода и имеющиеся для этого средства представляют собой определяющие факторы оптимального питания и кормления, а следовательно, и здоровья и развития ребенка.*

## ВВЕДЕНИЕ

Уход означает время, внимание и поддержку, которые направляются (как в семье, так и в обществе) на то, чтобы удовлетворить физические, умственные и социальные потребности растущего ребенка и других членов семьи (1). Следует различать уход и “способность обеспечить уход”, под которой понимаются *потенциальные возможности* семьи или общества обеспечить уход, но которая не означает, что этот уход действительно обеспечивается. Из той информации, которая в обобщенном виде представлена в главе 1, ясно, что плохое питание часто является следствием неправильных принципов и методов кормления, широко распространенных на территории Европейского региона. Могут применяться не самые рациональные принципы и методы ухода за ребенком и может быть недостаточно ресурсов на уровне местного самоуправления и центрального правительства для принятия адекватных мер по охране детства.

Возможно, принципам и методам ухода за детьми и ресурсам для охраны детства (кадровым, экономическим и организационным – см. ниже) не уделяется достаточно внимания со стороны ответственных лиц, определяющих общую политику, и медицинских работников, и это, вероятно, объясняется тем, что повседневная, отнимающая много времени рутинная работа, которой в основном занимаются женщины, не считается чем-то важным для обеспечения здоровья ребенка. Тем не менее, практика ухода может иметь такие последствия, которые длительное время проявляются в жизни ребенка. То, как

осуществляется уход за ребенком – с любовью и отзывчивостью к нему – имеет критическое значение для его роста и развития.

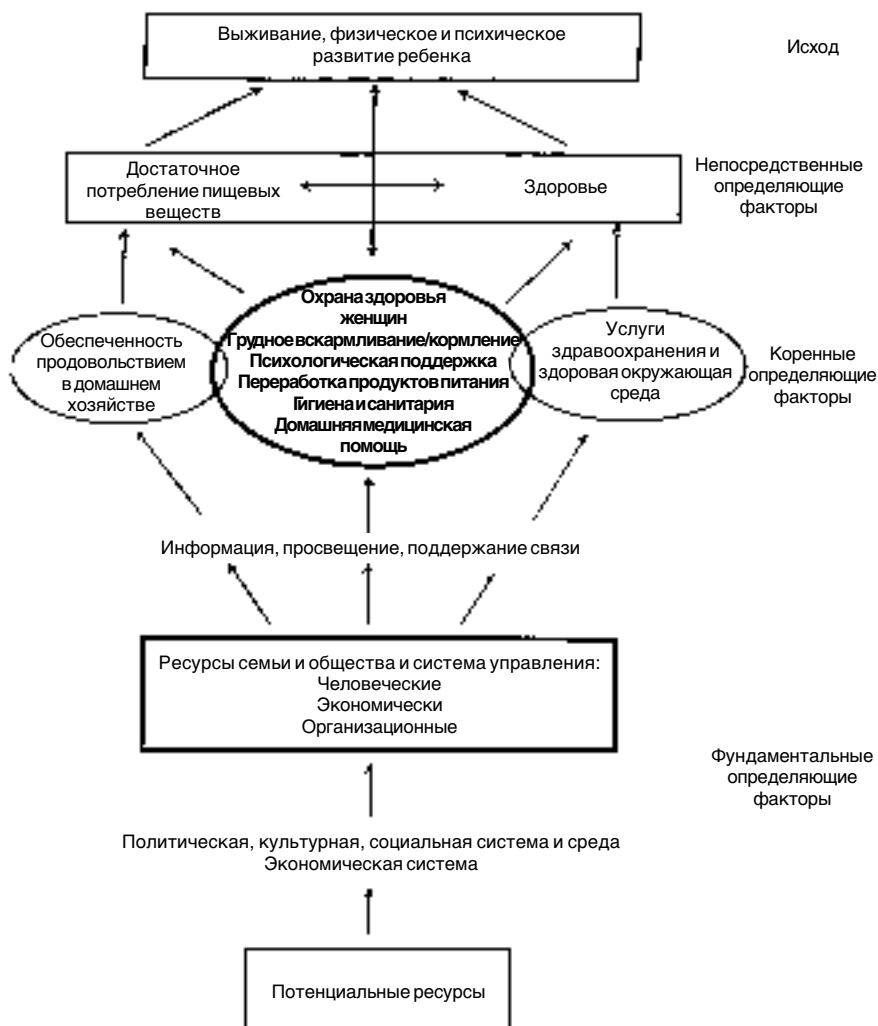
### **ИНИЦИАТИВА ЮНИСЕФ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ И ПИТАНИЕ РЕБЕНКА**

Факторами, непосредственно определяющими хорошее питание, здоровье и выживание ребенка, являются потребление пищевых продуктов и гигиена питания. Однако, как показывает рисунок 16, прямое влияние на потребление пищевых веществ и, следовательно, на здоровье ребенка оказывают действия по уходу за ним. Для хорошего питания должны быть обеспечены хорошая еда, хорошее здоровье и хороший уход. Примером таких действий по уходу, которые удовлетворяют всем этим требованиям одновременно, является грудное вскармливание. Даже когда вследствие бедности не хватает пищи и ограничена медицинская помощь, улучшение качества ухода может повысить эффективность использования имеющихся ресурсов и способствовать здоровому и нормальному развитию.

Проведенный недавно обзор ВОЗ (3) показывает, что алиментарные вмешательства значительно улучшают как психическое развитие, так и физический рост в бедных и социально неблагополучных категориях населения и что сочетание психологического и алиментарного вмешательств может дать больший эффект, чем каждое вмешательство в отдельности. Исходной посылкой в обосновании необходимости вмешательств для одновременного улучшения физического и психического развития является тот факт, что действия по вскармливанию ребенка, которые увеличивают потребление пищевых веществ и усиливают психологическую поддержку развития детей, требуют от лиц, осуществляющих уход за детьми, аналогичных навыков и ресурсов.

В данной главе рассматриваются некоторые важные аспекты ухода за ребенком от зачатия до примерно 3-летнего возраста, т.е. в самый важный для развития ребенка период. Для того чтобы введение прикорма шло успешно, не только должны быть в наличии продукты питания, содержащие все необходимые пищевые вещества. Чрезвычайно важное значение имеет соответствующее поведение, действия по кормлению ребенка, которые обеспечивают его оптимальное развитие. Эти типы

**Рис. 16. Концептуальная схема взаимодействия факторов, определяющих пищевой статус, разработанная ЮНИСЕФ**



Источник: Engle et al. (2).

поведения, такие, как поощрение к еде ребенка, характеризующегося анорексией, или реагирование на проявления голода у ребенка, требуют, чтобы лица, осуществляющие уход, понимали их важность и могли действовать сообразно с ними в реальной жизни.

“Инициатива по уходу за детьми” ЮНИСЕФ (2) и обзор ВОЗ (3) определяют принципы и методы ухода, знания и навыки, необходимые для оценки, анализа физического и психического развития детей и принятия мер по его улучшению. Действия в семье, необходимые для обеспечения нормального роста и развития детей в возрасте до 3 лет, можно разделить на следующие шесть категорий:

1. Охрана здоровья женщин и девочек включает в себя: эмоциональную и социальную поддержку со стороны семьи и/или общества; обеспечение едой и отдыхом во время беременности и лактации; оценку рабочей нагрузки; помощь в восстановлении сил и здоровья после родов; содействие в укреплении репродуктивного здоровья; уважение к самостоятельности женщин и к принимаемым ими решениям.

2. Кормление ребенка раннего возраста включает в себя: поддержку в скорейшем начале исключительно грудного вскармливания и кормления по требованию ребенка и в его продолжении в течение примерно первых шести месяцев жизни (глава 7); защиту от нажима со стороны компаний, рекламирующих кормление детскими питательными смесями; своевременное введение алиментарно достаточного прикорма (глава 8) при продолжающемся кормлении грудью; активное, а не пассивное кормление.

3. Психологическая помощь включает в себя: отзывчивость при общении и взаимодействии с детьми и поддержку их развития, включая выработку языковых и других навыков общения посредством проявления внимания, нежности и участия; поощрение знакомства с окружающим миром и приобретения знаний и навыков; умение распознавать вехи в развитии ребенка и откликаться на признаки развития; защиту от дурного обращения с ребенком и от насилия по отношению к ребенку.

4. Приготовление еды и связанные с этим действия включают: правильное хранение продуктов питания и соблюдение гигиены (глава 12).

5. Личная гигиена и гигиена и санитария в семье (глава 12) включают: мытье рук лицом, осуществляющим уход; купание ребенка; поддержание чистоты в доме и на площадке для игр;

пользование чистой водой и обеспечение санитарных удобств; защиту детей от травм.

6. Домашняя медицинская помощь включает в себя: уход за детьми во время болезни, в том числе диагноз заболевания и своевременное обращение к службам здравоохранения; предупреждение заболеваний с помощью домашних мер защиты, таких, как использование растворов для восстановления водного баланса, борьба с комарами, крысами и другими паразитами; надлежащее пользование медицинскими услугами.

Эти принципы, методы и действия по уходу за ребенком требуют от семьи средств и поддержки. В разных культурных традициях действия по уходу и выделяемые на это ресурсы различны. Однако основные потребности детей в еде, медицинском обслуживании, защите, укрытии и любви во всех культурных средах одинаковы. Широко распространившиеся перемены в обществе, такие, как урбанизация и изменение экономической роли женщин, требуют соответствующих изменений в практике ухода за детьми. Понимание важности принципов и методов ухода должно помочь найти наилучшие методы и действия, заслуживающие поощрения, и выявить неправильные методы, нуждающиеся в улучшении. Во-вторых, это позволит подчеркнуть важность укрепления возможностей семьи в предоставлении ресурсов для этих практических действий по уходу.

### **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СПОСОБНОСТЬ ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ, ВЫПОЛНЯТЬ ПРАВИЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПО КОРМЛЕНИЮ**

Научные исследования показывают, что почти во всех социальных системах основными действующими лицами в осуществлении ухода за ребенком являются матери. Тем не менее, количество времени, которое женщина затрачивает для непосредственного ухода за ребенком, может быстро уменьшаться по мере того, как ребенок переходит от кормления грудью к прикорму и становится подвижным. Кроме того, время, которое мать имеет для ухода за ребенком, часто сокращается из-за того, что она ходит на работу. За детьми раннего возраста также ухаживают отцы, другие родственники, а также и учреждения, такие, как детские ясли. В некоторых обществах

главными лицами, ухаживающими за ребенком, могут быть братья и сестры.

Возможности лиц, осуществляющих уход за ребенком, обеспечить наилучший уход ограничены целым рядом факторов. Эти факторы можно разделить на три основных категории. Во-первых, способность такого лица обеспечить надлежащий уход определяется образованием, знаниями и убеждениями. Во-вторых, на возможность данного лица превратить свои способности в тип поведения и реализовать их на практике влияют такие факторы, как загруженность работой и бюджет времени, состояние питания, физическое и психическое здоровье, стресс и уверенность в себе. В-третьих, есть и такие факторы, как экономические ресурсы (включая возможность лица, осуществляющего уход, распоряжаться ими) и социальная поддержка, которые облегчают реализацию способностей. Когда уход осуществляют другие дети, им хочется и нужно иметь время, чтобы поиграть и заняться собственными делами, а чрезмерный уход может мешать им в этом. На общегосударственном уровне на ресурсы, необходимые для охраны детства, влияют приоритеты в расходовании средств на социальные услуги и уровень бедности. Основными определяющими факторами в использовании ресурсов для поддержки семей и лиц, осуществляющих уход за детьми, являются политическая, культурная, социальная и экономическая системы.

### **ЗАБОТА О ДЕВОЧКАХ И ЖЕНЩИНАХ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ**

Здоровье и состояние питания матерей до и во время беременности и во время лактации имеют ключевое значение для исхода беременности и затем для нормального физического и психического развития ребенка. Положительное влияние на исход родов будет оказывать поддержка семьи в этот период. Заботу о женщинах можно рассматривать в нескольких аспектах (врезка 5).

Как для матери, так и для ребенка важное значение имеет хорошее качество питания во время беременности и лактации. Это помогает уменьшить риск выкидыша, мертворождения и материнской смертности и помогает обеспечить оптимальный статус питательных элементов у ребенка (глава 7). Семьи могут заботиться о женщинах, следя за тем, чтобы они получали

**Врезка 5. Забота о женщинах***Во время беременности и лактации*

Обеспечение питанием  
Рабочая нагрузка и оказание поддержки  
Облегчение дородового ухода и безопасных родов  
Отдых после родов

*Репродуктивное здоровье*

Более поздний возраст первой беременности  
Поддержка в регулировании интервалов между рождением детей

*Физическое здоровье и пищевой статус*

Обеспечение питанием  
Защита от физического насилия

*Психическое здоровье, стресс и уверенность в себе*

Уменьшение стресса  
Укрепление уверенности в себе и самоуважения  
Защита от причинения эмоциональных страданий  
Благоприятные социальные отношения и дружеское общение

*Самостоятельность и уважение в семье*

Достаточные возможности принимать самостоятельные решения  
Доступ к семейным доходам, имуществу и кредиту

*Рабочая нагрузка и время*

Рабочая нагрузка делится с другими  
Время для членов семьи и для себя

*Образование*

Поддержка равного доступа к образованию  
Поддержка доступа женщин к информации

*Источник: Engle et al. (2).*

необходимое количество питательной пищи, включая овощи и фрукты, и справедливо полагающуюся им долю семейного рациона питания.

В некоторых странах Региона среди женщин распространены анемия и задержка роста, особенно в уязвимых категориях, таких, как национальные меньшинства и малообеспеченные семьи (глава 6). Эти условия ассоциируются с повышенной материнской смертностью и заболеваемостью и с высокой степенью распространения детей с низкой массой тела при рождении (4, 5). Наибольшему влиянию физическое развитие



ребенка подвергается в пренатальный период и в первые три года жизни. Для того чтобы способствовать нормальному физическому развитию и помочь в предупреждении задержки роста, важно обеспечить оптимальное питание девочек и беременных женщин, особенно девочек в первые годы жизни. Хорошее состояние питания важно не только для репродуктивной функции женщины, но и для выполнения ею своей производительной роли.

Грудное вскармливание как составляющая хорошего ухода за ребенком может быть обеспечено только тогда, когда уделяется достаточное внимание уходу за матерью. Женщины, которые желают кормить ребенка исключительно грудью (глава 7) и продолжать кормить грудью во время введения прикорма, нуждаются в информации и советах, а все, что мешает началу и продолжению грудного вскармливания, должно быть устранено. Установлено, что особо важная роль в обеспечении этой поддержки и в устранении возможных помех принадлежит отцам (6).

В странах, возникших после распада Советского Союза, отмечается ухудшение качества услуг по дородовой помощи. Продолжается и даже растет использование аборта как метода контрацепции, увеличилось число случаев рождения детей у девочек-подростков и матерей-одиночек. Исследования показывают, что знания о контрацепции и гигиене половой жизни ограничены. Отсрочка возраста, в котором женщины начинают рожать детей, до того времени, когда они перестают расти, поможет уменьшить риск как для матерей, так и для их детей. Кроме того, увеличение интервала между рождениями детей идет на пользу матери, позволяя пополнить запасы питательных веществ в организме матери и тем самым снизить младенческую смертность и нарушения питания. Также чрезвычайно важно защитить женщин от физического насилия и причинения эмоциональных страданий, которые влияют на психическое и физическое здоровье женщин.

## **КОРМЛЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Важнейшим действием матери по уходу за ребенком является устойчивое кормление грудью в течение 24 месяцев или дольше. Любая другая форма кормления грудного ребенка, помимо

исключительно грудного вскармливания, требует, чтобы кто-то тратил время на приготовление пищи, следил за соблюдением правил гигиены во время приготовления и хранения пищи и кормил этой пищей ребенка. Часто правилами гигиены пренебрегают ради экономии времени.

Искусственное вскармливание имеет много отрицательных последствий, особенно в плане гигиены. Чтобы сэкономить время того, кто осуществляет уход за ребенком, бутылочку могут положить на подушку рядом с ребенком. Это лишает ребенка телесного и зрительного контакта и психологической поддержки. К сожалению, семьи часто ничего не знают об этих опасностях и плохо информируются медицинскими работниками.

Часто прикорм вводится слишком рано, потому что люди считают, что благодаря этому ребенок перестанет так долго плакать, и мать, таким образом, сможет заниматься своими делами. К числу других попыток сэкономить время относится кормление более старших грудных детей жидкими кашами либо из чашек для самостоятельной еды, либо из бутылочек (на которые надеты соски с отрезанным концом, чтобы лучше проходила более густая жидкость). По этим же причинам используются пустышки. Ни один из этих методов не рекомендуется. Всякая замена грудного молока в первые 6 месяцев может привести к снижению выработки молока у матери, тогда как выработку молока необходимо увеличивать. Также плач нередко может быть сигналом того, что ребенок нуждается в заботе и утешении, а не только сигналом голода.

### **Активные способы введения прикорма**

То, как лицо, осуществляющее уход за ребенком, облегчает кормление и поощряет еду, играет важную роль в питании грудных детей и детей раннего возраста. Существует четыре аспекта правильного кормления:

- адаптация способа кормления к психомоторным способностям ребенка (способность держать ложку, способность жевать);
- чуткость реагирования лица, осуществляющего уход за ребенком, включая поощрение еды и предложение добавки;
- взаимодействие с лицом, осуществляющим уход, включая отношения нежности и ласки;

- ситуация кормления, включая организацию, частоту и регулярность кормления, надзор за ребенком и его защиту во время еды и кем это осуществляется.

Адаптация к меняющимся двигательным навыкам ребенка требует большого внимания со стороны лица, осуществляющего уход, поскольку эти навыки в первые два года жизни меняются быстро. С возрастом ребенку требуется все меньше времени для того, чтобы съесть некоторое количество твердой и вязкой пищи, но это не относится к более жидким пюре. Способность ребенка держать ложку, обращаться с чашкой или захватывать рукой кусок твердой пищи также улучшается с возрастом. Те, кто ухаживает за детьми, должны быть уверены в том, что дети способны есть самостоятельно, как этого от них ждут. Кроме того, дети стараются быть самостоятельными и могут съесть больше, если дать им возможность пользоваться ново-приобретенными навыками манипулирования пальцами для того, чтобы брать еду.

Особенно важно для детей раннего возраста проявление чуткого реагирования при кормлении. Детей можно поощрять, уговаривать, предлагать добавку, разговаривать с ними за едой и следить за тем, сколько они съели. Количество еды, съеденной ребенком, может в большей степени зависеть от активного поощрения со стороны лица, осуществляющего уход, чем от предлагаемых порций. Рекомендации о том, чтобы матери поощряли своих детей во время еды, могут дать не меньший эффект, чем рекомендации о том, чем они должны кормить своих детей.

Выработке правильных привычек за едой у детей способствуют такие лица, осуществляющие уход, которые сами показывают пример здорового приема пищи. Правильные навыки еды облегчает также непринужденная и комфортная атмосфера без ссор. Данные свидетельствуют о том, что при ласковом поощрении и чуткости во время кормления дети часто съедают больше, чем когда их предоставляют самим себе.

Важнейшее значение для выработки правильных способов кормления может иметь способность лица, осуществляющего уход, понимать признаки голода у ребенка и правильно на них реагировать. Например, если движения рта ребенка будут

истолкованы как отказ принять новую еду, кормление может быть прекращено, и ребенок получит меньше еды.

Лица, осуществляющие уход за ребенком, могут не знать, сколько съедает их ребенок. В одном исследовании было установлено, что, когда матери обращали больше внимания на количество пищи, съедаемой ребенком, они бывали удивлены тем, как мало ребенок съедает, и были готовы увеличить количество еды, предлагаемой ребенку. Наличие отдельной тарелки для каждого ребенка может помочь определить съедаемые количества и будет служить стимулом для тех детей, которые едят медленно. Часто дети отказываются есть, если рядом нет того, кого они предпочитают больше всех в качестве своей няни. Терпение и понимание, а также признание того, что ребенку необходимо привыкнуть и лучше узнать человека, который за ним ухаживает, повышает шансы на успех в кормлении детей.

Существует некоторый культурный спектр контроля, касающегося еды. Одна крайняя степень – это когда все контролируется лицом, осуществляющим уход за ребенком, а другая крайность – когда весь контроль целиком отдан ребенку. Обе крайности не хороши для ребенка. Слишком большая степень контроля в руках взрослого может привести к тому, что ребенка будут заставлять есть, на него будет постоянно оказываться нажим, доходящий до навязывания пищи (7, 8). Вместо того, чтобы давать возможность для взаимодействия и развития познавательных способностей и навыков социального поведения, кормление может превратиться в минуты и часы конфликта, приводящего к тому, что ребенок откажется принимать пищу. Чуткий и внимательный взрослый, ухаживающий за ребенком, часто может добиться того, что ребенок будет есть лучше, если сможет приспособиться к отказам ребенка и противопоставить им свое ласковое поощрение.

Другая крайность в указанном спектре – это ситуация, когда лица, осуществляющие уход за детьми, пассивны и передают инициативу в приеме пищи ребенку. В определенном возрасте дети нуждаются в самостоятельности в еде и желают ее иметь, но до этого слишком большая самостоятельность приведет к тому, что они не будут съедать столько, сколько нужно. Пассивное кормление может объясняться нехваткой времени и сил или

убеждением в том, что детей нельзя заставлять есть. Возможно, это убеждение и оправданно, однако если у ребенка анорексия или плохой аппетит, может понадобиться дополнительное побуждение. Отмечалось, что лица, осуществляющие уход за детьми, начинают побуждать их к приему пищи только после того, как увидят, что ребенок отказывается есть, а это может привести просто к бесплодным стычкам.

На то, как дети едят, также могут влиять и окружающие условия, в которых кормят детей. Детей можно кормить регулярно каждый день, сажая их в определенном месте, где до еды легко дотянуться, или же в то время, которое более всего удобно для взрослого. Если главная еда готовится поздно вечером, дети могут уснуть, не дождавшись, когда она будет готова. Дети могут легко отвлекаться, особенно если им трудно есть какую-либо пищу (например, есть суп ложкой, которой ребенок не может пользоваться) или еда не очень вкусная. Если не будет достаточного контроля за кормлением, незащищенностью малыша могут воспользоваться старшие братья и сестры или даже животные и отнять у него еду, или еда может быть пролита на пол. Самой лучшей для ребенка обстановкой для кормления является какое-либо знакомое место, огражденное от отвлекающих моментов и от вторжения посторонних.

### **Адаптация к пище с семейного стола**

Переход от грудного вскармливания и пищи переходного периода к обычной пище с семейного стола и прекращение грудного вскармливания должны проходить постепенно, ребенку нужно время от времени разрешать вернуться к груди. Ко второму году жизни, по мере того, как ребенок съедает все больше пищи, необходимым дополнением к кормлению грудью становится неадаптированная пища с семейного стола (глава 8). Лица, осуществляющие уход за детьми, могут рассчитывать, что в период такого перехода дети будут есть самостоятельно. Но если ожидать от ребенка слишком многого, может оказаться, что он не будет получать достаточно еды. Взрослые должны по-прежнему знать, сколько съедает ребенок, и помнить о возможности анорексии.

Во многих научных работах документально зафиксирована важность отношений между ребенком и лицом, осуществляющим уход за ним, и организации ситуации, в которой происходит

кормление, в условиях недостаточного физического развития ребенка. Ситуации кормления, при которых ребенок отстает в физическом развитии, отличаются целым рядом признаков от ситуаций, при которых ребенок растет нормально. Факторы, связанные с отставанием роста, включают в себя: авторитарный, педантичный подход, который может подавлять внутреннее регулирование голода ребенком; низкую степень реагирования матери и ее чуткости к различным проявлениям у ребенка; атмосферу в семье, при которой не ощущается поддержки и единства, и, возможно, присутствие личностей с трудным характером (9). Применение стратегий, основанных на модификации поведения для изменения таких взаимоотношений, ведет к положительным изменениям в принципах и способах кормления (10). Нужны дополнительные исследования, чтобы изучить, каким образом следует изменять принципы и способы кормления, особенно в ситуациях, когда кормление осуществляется без чуткого реагирования на желания ребенка, в том числе в ситуациях крайней пассивности взрослого или кормления насильно.

Реакция лица, осуществляющего уход, на аппетит ребенка может привести к тому, что ребенок будет требовать меньше пищи. Когда еды не хватает, взрослые могут не поощрять детей к тому, чтобы они просили есть, и это ведет к снижению величины потребления пищи, когда еды становится больше. Иногда лица, осуществляющие уход, полагают, что ребенок должен научиться не просить есть или что если немедленно откликнуться на просьбу ребенка дать ему поесть, это означает “баловать” ребенка или излишне потакать его капризам. В таких случаях возможности получения ребенком достаточного количества еды уменьшаются, поскольку спрос играет важную роль в определении величины потребления пищи. Легкие закуски в промежутках между основными приемами пищи иногда бывают важным источником дополнительной энергии.

С другой стороны, перекармливание и избыточная масса тела у детей становится в Европейском регионе важной проблемой общественного здравоохранения (см. главу 10). Нередко рационы питания чрезмерно насыщены энергией (за счет добавленных жиров и сахара) и бедны питательными микроэлементами, и потребление энергии оказывается выше, чем нужно. И здесь принципы и способы кормления, а также отношение к кормлению

играют значительную роль в порождении и предупреждении перекармливания.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Более высокий пищевой статус ребенка напрямую связан с проявлением внимания, любви и участия со стороны лица, осуществляющего уход за ребенком, и с поощрением самостоятельности, любознательности и познания окружающего мира (врезка 6).

Чуткое реагирование со стороны лица, осуществляющего уход, на вехи в развитии ребенка и на показатели его развития влияет на физический рост и психическое развитие ребенка. Сюда входит степень понимания ухаживающими за ребенком взрослыми его сигналов и потребностей, способность точно интерпретировать их и откликаться на них незамедлительно, правильно и одинаково в одинаковых ситуациях (11).

На рост и развитие детей влияют внимание, любовь и участие, которые проявляют по отношению к детям ухаживающие за

### **Врезка 6. Психологическая помощь ребенку раннего возраста**

*Чуткое реагирование на вехи в развитии ребенка и показатели развития*

Адаптация взаимодействия к этапу развития ребенка  
Внимание к низким уровням активности и замедленному развитию ребенка

*Внимание, любовь и участие*

Частое положительное взаимодействие (прикосновение, держание ребенка на руках, беседа с ним)

*Поощрение самостоятельности, любознательности и познания окружающего мира*

Побуждение к игре, исследованию окружающего мира, разговору  
Принятие на себя роли учителя или ведущего

*Предупреждение и защита от дурного обращения и насилия по отношению к ребенку*

Источник: Engle et al. (2).

ними лица. Самый важный фактор в обеспечении здорового развития ребенка – это наличие хотя бы одной прочной связи с заботливым взрослым, который дорожит благополучием ребенка. Отсутствие постоянного лица, ухаживающего за ребенком, может создавать для детей дополнительный риск.

## РЕСУРСЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ

К ресурсам, необходимым для поддержки принципов и методов ухода за детьми, относятся людские ресурсы, такие, как знания и здоровье, и экономические и организационные ресурсы (врезка 7) (12). Эти ресурсы напрямую влияют на практику ухода, а следовательно, на рост и развитие детей. Они также оказывают и косвенное влияние, например, облегчая доступ к достаточному количеству пищи, пользование медицинскими услугами, создание здоровой окружающей среды, в которой растет и развивается ребенок. Ресурсы, необходимые для ухода за детьми, можно определить на уровне семьи и общества, и на них влияют политическая, социальная и экономическая системы, а также культурная среда.

### Людские/кадровые ресурсы

В бывших советских республиках резко увеличилось число различных факторов риска для детей, связанных с отсутствием

#### **Врезка 7. Ресурсы, необходимые для ухода за детьми**

##### *Людские ресурсы*

Образование, знания и убеждения  
Здоровье и состояние питания лица, осуществляющего уход за ребенком  
Психическое здоровье, стресс и уверенность в себе  
Отцы и мужчины в семье

##### *Экономические ресурсы*

Контроль над семейными ресурсами и имуществом  
Рабочая нагрузка и наличие времени

##### *Организационные ресурсы*

Альтернативные лица для осуществления ухода  
Поддержка ухода за детьми со стороны общества  
Законодательство об отпуске по уходу за ребенком  
Системы охраны материнства и детства

Источник: Engle et al. (2).



людских ресурсов. Снизился коэффициент брачности, возрос показатель количества разводов, уменьшилась фертильность, и все больше процент детей, рождающихся у матерей подросткового возраста и матерей-одиночек. Отмечается рост числа неполных семей: например, в Российской Федерации примерно в 30% семей имеется только один из родителей (13). Кроме того, отмечено большое число смертей, чаще всего среди мужчин среднего возраста. Все эти изменения уменьшают доступ детей к уходу и прежде всего к ресурсам, которые могут обеспечить оба родителя (13).

За последние 10 лет в странах Центральной и Восточной Европы увеличилось курение и употребление алкоголя и злоупотребление им. Эти привычки оказывают отрицательное влияние как на лиц, осуществляющих уход за детьми, подрывая их здоровье и тем самым снижая их способность осуществлять уход, так и на детей, подвергая их вредному воздействию в дородовый и послеродовый периоды. Злоупотребление алкоголем может снизить результативность действий как матерей, так и отцов, и считается одним из важнейших факторов, способствующих чрезмерно высокой смертности в Регионе.

Хорошее здоровье лица, осуществляющего уход, может улучшить уход за детьми. Когда ухаживающие за детьми взрослые болеют, они в меньшей мере способны обеспечить оптимальный уход за детьми. Имеется очень мало научных работ по вопросу о том, какая существует связь между состоянием питания матери, в частности, содержанием железа в ее организме, и осуществляемым ею уходом за ребенком. Как явствует из проведенного в Египте исследования, более низкие уровни активности у женщин, страдающих анемией, по сравнению с женщинами, у которых анемии нет, означают, что у женщин, страдающих анемией, меньше энергии для ухода за ребенком. Анемия также ассоциируется с утомляемостью, апатией и утратой способности концентрировать внимание – все это может подрывать способность взрослого ухаживать за ребенком (14).

Не следует забывать и о том, что у некоторых матерей подросткового возраста еще не завершилось их собственное физическое развитие, и они не достигли своего взрослого роста и веса. Их пищевые потребности могут быть не менее важны,

чем потребности их детей, и даже соперничать с потребностями грудного ребенка.

Имеется множество опубликованных работ, которые демонстрируют положительную связь между уровнем образования лиц, осуществляющих уход за ребенком, и здоровьем и пищевым статусом их детей (15). Более образованные матери, как правило, больше знают о питании (16), более уверены в себе и занимают более высокое положение в доме, лучше умеют пользоваться системами медицинского обслуживания и обладают большими возможностями самостоятельно распределять ресурсы. Они также могут строже соблюдать правила гигиены в домашнем хозяйстве и личной гигиены и иметь больше знаний о том, как правильно растить детей. Таким образом, уровень образования лица, осуществляющего уход за ребенком, является одним из наиболее важных вложений капитала, которые можно сделать в физическое и психическое развитие детей. Для того чтобы выявить те существующие ныне принципы и методы, которые заслуживают поддержки, чрезвычайно важно проводить оценку современного уровня знаний и убеждений.

Исследования, проведенные в Соединенных Штатах (11), показали наличие связи между качеством психологической помощи, которую получает ребенок, и его ростом и пищевым статусом. Ухаживающему за ребенком взрослому человеку, испытывающему депрессию или страх, живущему в условиях сильного стресса или испытывающему недостаток поддержки и контроля над ресурсами, будет трудно терпеливо и с любовью обеспечивать уход за ребенком. Данные, полученные в промышленно развитых странах, указывают на то, что женщины в состоянии депрессии в меньшей степени способны обеспечить адекватный уход за своими детьми, что имеет долговременные последствия для эмоционального состояния и типа поведения детей.

В больших многодетных семьях грудные дети рискуют не получать достаточного внимания. Это было достоверно продемонстрировано в развивающихся странах, где недавно отлученный от груди ребенок подвергается особому алиментарному риску. В развитых странах отсутствие прибавки в весе гораздо больше распространено у детей в более бедных семьях, где, помимо плохого питания грудных детей и

неправильных методов кормления, существует недостаток родительской заботы (включая психопатологию родителей, неудовлетворительное взаимодействие между родителями и ребенком и нарушения функций семьи (17–19)).

Важный человеческий ресурс для ухода за детьми представляют собой отцы. Во многих культурных системах, однако, культурные традиции и личное отношение могут не позволять отцам играть более значительную роль в уходе за детьми, хотя у них часто больше свободного времени, чем у матерей. Отцы могут оказывать положительное воздействие на уход за ребенком путем поддержки матерей в кормлении грудью и обеспечения медицинского ухода, принятия на себя большей рабочей нагрузки и обеспечения непосредственного ухода за ребенком.

### **Экономические ресурсы**

Во многих районах Европейского региона ВОЗ растущая бедность и расширяющаяся пропасть между богатыми и бедными привела к значительному сокращению доходов домашних хозяйств. Во многих странах отмечается падение реальной заработной платы и процента занятости, что стало причиной еще большего неравенства в уровне доходов. В результате повышения уровня бедности семьи стали тратить больший процент бюджета домашнего хозяйства на продукты питания и потреблять меньше энергии, и появились новые факторы риска, такие, как болезни, обусловленные бедностью, и употребление наркотиков (13).

Одним из важнейших факторов риска для здоровья и питания ребенка является уровень бедности семьи. Тем не менее, состояние питания ребенка может определяться тем человеком в домашнем хозяйстве, который принимает решения о распределении ресурсов. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что матери чаще, чем отцы, склонны выделять ресурсы на нужды детей, и что чем больше доля семейных доходов, которую зарабатывают женщины, тем больше вероятность того, что ребенку будет лучше с точки зрения здоровья и питания (20–22). Исследования также показывают, что детям, живущим в домашних хозяйствах, во главе которых стоят женщины, или с матерями-одиночками, иногда живется лучше, чем можно было бы ожидать при данном уровне доходов семьи.

То время, которое женщины вынуждены тратить на другие занятия, в том числе зарабатывание денег, производство и приготовление пищи и домашние обязанности, является важным фактором, ограничивающим возможности ухода за ребенком. При отсутствии других равноценных лиц, которые могли бы ухаживать за детьми, или поддержки со стороны семьи и общества увеличение доходов от работы может не компенсировать потерь времени, которым мать располагает для ухода за ребенком.

Влияние работы женщин по найму на состояние питания и здоровье детей не является простым и очевидным. Вероятно, важнее, чем работа сама по себе, наличие заменяющего мать лица для ухода за ребенком, например, взрослой родственницы, которая может в отсутствие матери осуществлять высококачественный уход. Установлено, что ставки заработной платы тоже влияют на благополучие детей. Когда матери работают официально или имеют достаточный заработок и у них есть адекватная замена для ухода за ребенком, никаких отрицательных последствий для состояния питания ребенка, по-видимому, нет (20, 23). Тем не менее, питание детей низкооплачиваемых женщин или женщин, работающих по многу часов за низкую плату, характеризуется относительным неблагополучием (24, 25).

Важность вкладывания времени в уход за ребенком и в стимулирование развития ребенка не всегда является очевидной для родителей. Если родители не усвоят, что дополнительное время, проведенное с детьми, даст какую-то пользу им самим или их детям, все стратегии, направленные на увеличение времени, которым могут располагать родители, будут иметь лишь минимальное влияние на то количество времени, которое посвящается уходу за детьми (11).

### **Организационные ресурсы**

Вследствие изменений в обществе, стало меньше взрослых, которые могут быть привлечены к присмотру за детьми, и во многих частях Региона стало меньше организаций общественного пользования, которые могли бы обеспечивать необходимую помощь. В некоторых странах Восточной Европы увеличилось число детей, находящихся на попечении государства, например, в детских домах, сиротских приютах, школах-интернатах и специальных учреждениях для детей-инвалидов (13). Большинство

этих детей, находящихся на попечении государства, являются “социальными сиротами”, т.е. детьми, за которыми их семьи ухаживать не могут вследствие отказа от ребенка, смерти, болезни или тюремного заключения родителей или причинения вреда родителями или халатного исполнения родителями их родительских обязанностей. При всем уповании на то, что после распада Советского Союза большое число таких детей будет распределено по семьям, процент детей, находящихся на попечении государства, в большинстве стран, по которым имеются данные, увеличился (13).

Поддержка, которую получает основное лицо, ухаживающее за ребенком, может включать в себя помощь в уходе за ребенком, информацию или моральную поддержку. Одним из важнейших видов социальной поддержки является альтернативный уход за ребенком, а способности другого лица, призванного ухаживать за ребенком, обеспечить уход особенно важны для введения прикорма. На разных этапах развития ребенка требуются разные степени ухода. Если в первый год жизни уход осуществляется кем-либо другим, кроме матери или опытной и компетентной няни, это связано с повышенной заболеваемостью, а может быть и смертностью. В течение второго года жизни потребности в уходе остаются высокими, но недостатки лица, осуществляющего уход, могут быть в какой-то степени компенсированы, если имеется хорошая еда и обеспечена здоровая и безопасная окружающая среда. К третьему году многие дети уже меньше нуждаются в уходе.

Поддержка нужна малообеспеченным семьям, матерям в трудном положении, больным детям или детям-инвалидам, родителям из маргинальных социальных групп и малообразованным родителям – тем, кто имеет меньше всего шансов получить ее. Они могут быть не в состоянии обратиться за помощью, потому что у них нет необходимых контактов, они не знают, куда обращаться, и чувствуют себя социально неполноценными. Нужно, чтобы обществу стало известно о большей степени уязвимости некоторых лиц, осуществляющих уход за детьми, и детей и о том, действию каких факторов риска они подвергаются.

Поддержка общества является важным ресурсом для семьи. Например, ценную поддержку семьям с самого начала

оказывают инициатива “Больница, доброжелательная к ребенку” и другие программы, ориентирующие медицинских работников на вопросы кормления и ухода за грудными детьми и повышение их практических навыков. После этого неоценимую неформальную поддержку могут оказывать члены семьи и ближайшие соседи, службы социальной помощи и детские ясли; важнейшее значение имеют программы обучения навыкам родительского ухода за детьми и другие аналогичные мероприятия. Система здравоохранения местного уровня может сократить время, которое женщины затрачивают на то, чтобы получить медицинскую помощь, и может улучшить свое реагирование на потребности ребенка в данной местности.

Влияние на ресурсы, которые выделяются на охрану детства, оказывает государственная политика в области занятости, ценообразования, доходов, субсидий, здравоохранения, образования и сельского хозяйства, а также правовая система. Улучшить дело охраны детства могут такие законодательные меры, как ратификация Конвенции о правах ребенка. Однако во многих странах отсутствует реально работающее законодательство о поддержке этих инициатив. Политическая поддержка вопросов ухода за детьми должна включать в себя законодательство о защите прав женщины на отпуск по беременности и родам и на перерывы для ухода за ребенком, как рекомендует Инноцентийская декларация (26, 27, а также см. Приложение 1). Без отпуска по беременности и родам, чем беднее женщина, тем скорее ей придется возвращаться на работу. Для того чтобы улучшить качество ухода, необходимо не допускать дискриминации в отношении женщин на работе или создания неравных условий для женщин. Качеству ухода также будет способствовать ратификация Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и последующих резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения по данной проблеме (см. главу 7 и Приложение 2).

Некоторые страны предоставляют женщинам и грудным детям прямую поддержку. В Соединенном Королевстве “Программой благотворительной продовольственной помощи”; первоначально (в 1948 г.) разработанной как программа сплошной помощи независимо от уровня доходов, в настоящее время охвачено около 25% детей в возрасте от 0 до 4 лет, живущих в семьях, которые получают дотации в связи с низким уровнем

доходов. Эта программа предусматривает бесплатную раздачу молока и витаминных добавок беременным и кормящим женщинам и их детям, а также детских питательных смесей грудным детям. Программа также распространяется на детей-инвалидов и на детей, посещающих дневные дошкольные учреждения. Официальной оценки ценности программы с точки зрения ее влияния на пищевой статус грудных детей не проводилось, но, по общему мнению, она выполняет важную функцию “подстраховки” потенциально уязвимых детей из малообеспеченных семей. В 2000 г. Министерство здравоохранения поручило провести научный анализ “Программы благотворительной продовольственной помощи” (28).

В Соединенных Штатах существует “Специальная программа дополнительного питания для женщин и детей, в том числе детей грудного возраста”, которая также направлена на улучшение пищевого статуса и состояния здоровья малообеспеченных семей путем предоставления им питательных добавок, просвещения по вопросам гигиены питания и согласованной медицинской помощи беременным женщинам, кормящим матерям и женщинам в послеродовом периоде, а также детям дошкольного возраста. Эта программа предусматривает:

- обеспечение грудных детей в возрасте до 12 месяцев детскими питательными смесями, обогащенными железом (если они не кормятся грудью);
- обеспечение грудных детей в возрасте от 6 до 12 месяцев крупами, обогащенными железом, и соками, обогащенными витамином С;
- обеспечение детей в возрасте от 1 года до 5 лет молоком, крупами, обогащенными железом, яйцом, витамином С или соками цитрусовых, сыром и сухой фасолью;
- обеспечение кормящих матерей молоком, сыром, крупами, обогащенными железом, яйцом, витамином С или соками цитрусовых и сухой фасолью.

Полезность Специальной программы описана в целом ряде научных работ. Кроме того, что было снижено число маловесных новорожденных (29), произошло улучшение физического развития детей в период с 6 до 18 месяцев (30) и снижение распространенности железодефицитной анемии, особенно среди малообеспеченных семей (31).

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *World Declaration and Plan of Action for Nutrition*. Geneva, World Health Organization, 1992 (document ICN/92/2).
2. ENGLE, P.L. ET AL. *The Care Initiative. Assessment, analysis and action to improve care for nutrition*. New York, United Nations Children's Fund, 1997.
3. *A critical link: interventions for physical growth and psychological development*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/CHS/CAH/99.3).
4. MARTORELL, R. ET AL. Reproductive performance and nutrition during childhood. *Nutrition reviews*, **54**: S15–S21 (1996).
5. LESLIE, J. Improving the nutrition of women in the third world. In: Pinstrup-Andersen, P. et al., ed. *Child growth and nutrition in developing countries. Priorities for action*. Ithaca, NY, Cornell University Press, 1994, pp. 117–138.
6. GREINER, T. Sustained breastfeeding, complementation and care. *Food and nutrition bulletin*, **16**: 313–319 (1995).
7. BROWN, K.H. ET AL. Consumption of weaning foods from fermented cereals: Kwara State, Nigeria. In: Alnwick, D. et al., ed. *Improving young child feeding in Eastern and Southern Africa household-level food technology. Proceedings of a workshop held in Nairobi, Kenya, 12 October 1987*. Ottawa, International Development Research Council, 1988, pp. 181–197.
8. DETTWYLER, K.A. Interaction of anorexia and cultural beliefs in infant malnutrition in Mali. *American journal of human biology*, **1**: 683–695 (1989).
9. BLACK, M. Failure to thrive: strategies for evaluation and intervention. *School psychology review*, **24**: 171–185 (1995).
10. LARSON, K.L. ET AL. A behavioral feeding program for failure-to-thrive infants. *Behaviour research and therapy*, **25**: 39–47 (1987).
11. ENGLE, P.L. & RICCIUTI, H.N. Psychosocial aspects of care and nutrition. *Food and nutrition bulletin*, **16**: 356–377 (1995).
12. JONSSON, U. Ethics and child nutrition. *Food and nutrition bulletin*, **16**: 293–298 (1995).
13. *Children at risk in central and eastern Europe: perils and promises*. Florence, UNICEF International Child Development Centre, 1997 (Regional Monitoring Report, No.4).
14. WINKVIST, A. Health and nutritional status of the caregiver: effect on caregiving capacity. *Food and nutrition bulletin*, **16**: 389–397 (1995).
15. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/NUT/98.1).



16. RUEL, M.T. ET AL. The mediating effect of maternal nutrition knowledge on the association between maternal schooling and child nutritional status in Lesotho. *American journal of epidemiology*, **135**: 904–914 (1992).
17. SKUSE, D. ET AL. Psychosocial adversity and growth during infancy. *European journal of clinical nutrition*, **48**: 113–130 (1994).
18. WRIGHT, C. ET AL. Effect of deprivation on weight gain in infancy. *Acta paediatrica*, **83**: 357–359 (1994).
19. RAYNOR, P. & RUDLOF, M. What do we know about children who fail to thrive? *Child care, health and development*, **22**: 241–250 (1996).
20. ENGLE, P.L. Maternal work and child care strategies in peri-urban Guatemala: nutritional effects. *Child development*, **62**: 954–965 (1991).
21. ENGLE, P.L. Influences of mothers' and fathers' income on child nutritional status in Guatemala. *Social science and medicine*, **37**: 1303–1312 (1993).
22. JOHNSON, F.C. & ROGERS, B.L. Children's nutritional status in female-based households in the Dominican Republic. *Social science and medicine*, **37**: 1293–1301 (1993).
23. VIAL, I. & MUCHNIK, E. Women, market work, infant feeding and infant nutrition among low-income women in Santiago, Chile. In: Leslie, J. & Paolisso, M., ed. *Women, work, and child welfare in the Third World*. Boulder, CO, West View Publishing, 1989.
24. LAMONTAGNE, J. ET AL. Maternal employment and nutritional status of 12–18 month old children in Managua, Nicaragua. *Social science and medicine*, **46**: 403–414 (1998).
25. POWELL, C.A. & GRANTHAM MCGREGOR, S. The ecology of nutritional status and development in young children in Kingston, Jamaica. *American journal of clinical nutrition*, **41**: 1322–1331 (1985).
26. *International Labour Conference, 87th Session. Report V (1): maternity protection at work. Revisions of the Maternity Protection Convention (revised), 1952 (No. 103), and Recommendation, 1952 (No. 95)*. Geneva, International Labour Organization, 1999.
27. *Comparative analysis of implementation of the Innocenti Declaration in WHO European Member States. Monitoring Innocenti targets on the protection, promotion and support of breastfeeding*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/ICP/LVNG 01 01 02).
28. DEPARTMENT OF HEALTH, UNITED KINGDOM. *UK review of Welfare Food Scheme*. London, Stationery Office, 2000 (in press).
29. BROWN, H.C. ET AL. The impact of the WIC food supplement program on birth outcomes. *American journal of obstetrics and gynecology*, **174**: 1279–1283 (1996).

- 
30. HEIMENDINGER, J. ET AL. The effects of the WIC program on the growth of infants. *American journal of clinical nutrition*, **40**: 1250–1257 (1984).
  31. MILLER, C. ET AL. Impact of WIC Program on the iron status of infants. *Pediatrics*, **75**: 100–105 (1985).

# Оценка физического развития

*Важным средством оценки пищевого статуса грудных детей и детей раннего возраста является регулярный контроль за физическим развитием, поэтому он должен быть неотъемлемой частью системы охраны здоровья детей.*

## ВВЕДЕНИЕ

В первые 6 месяцев жизни грудные дети растут быстрее, чем в любое другое время после своего рождения, набирая примерно по 200 г веса и почти по 1 сантиметру в неделю. В течение первого года доношенные дети утраивают свою массу тела и увеличивают длину тела на 50%. В позднем грудном возрасте темпы физического развития хотя и замедляются, но остаются высокими по сравнению с детским возрастом (таблица 45). Вследствие таких быстрых темпов роста у ребенка очень высокие пищевые потребности на килограмм массы тела, причем важнейшей составляющей суммарных потребностей являются требуемые для физического развития количества белков и энергии (глава 3).

**Таблица 45. Среднее ожидаемое увеличение массы тела, длины тела и окружности головы в первые два года жизни**

	Возраст				
	0–3 мес.	3–6 мес.	6–9 мес.	9–12 мес.	12–24 мес.
Среднее ожидаемое увеличение массы тела (кг)	2,5	1,8	1,4	0,9	2,5
Среднее ожидаемое увеличение длины (см)	10	7	5	4	10
Среднее ожидаемое увеличение окружности головы (см)	5,4	3,0	1,8	1,4	2,2

Грудные дети и дети раннего возраста очень подвержены задержкам роста вследствие нарушений питания. В категориях населения, у которых имеются проблемы питания, в период введения прикорма, когда качество и количество пищи недостаточны, как масса тела, так и рост нередко характеризуются прогрессирующим отклонением от эталонных показателей физического развития (1).

Имеются также указания на то, что непреходящая тенденция ко все более крупному телосложению у взрослых, отмеченная во многих европейских странах за последние десятилетия (2), в первую очередь объясняется улучшением показателей физического развития в первые годы жизни, и вполне вероятно, что не последнюю роль в этом процессе играет питание. Снижение числа случаев задержки физического развития в начале жизни связывается с ускорением социального и экономического развития в развивающихся странах (3).

### **КАК ИЗМЕРЯТЬ ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ПОЛЬЗОВАТЬСЯ КАРТАМИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Физическое развитие – это увеличение массы и габаритов тела, которое включает в себя составляющие массы тела (весовая составляющая) и длины или роста (линейная составляющая). При оценке физического развития важнейшее значение имеет точное измерение обеих составляющих. Для обеспечения точных и достоверных измерений чрезвычайно важное значение имеет унификация методики и калибровка оборудования. По возможности следует использовать цифровые (электронные) весы, а ребенок при взвешивании должен быть в легкой одежде и без обуви. Длину (а не рост) обычно измеряют до двух лет (до второго дня рождения), а после этого измеряется рост. Длина измеряется с помощью мерной доски или коврика, а рост – с помощью ростомера. Полезным руководством по выполнению этих измерений является выпущенный Организацией Объединенных Наций “Справочник по практическим измерениям детей” (4).

Для того чтобы получить полезную информацию о физическом развитии грудного ребенка и ребенка более старшего возраста, нужно иметь несколько последовательных измерений, включая данные на момент рождения, и нанести их на графики

физического развития, выведенные по соответствующим эталонным группам населения. Рекомендуется измерять массу тела, длину (рост) и окружность головы при рождении, а затем регулярно в грудном и более старшем детском возрасте, например, ежемесячно в первые три месяца, каждые три месяца до года, а потом каждые 6 месяцев.

На рис. 17 приводятся примеры графиков физического развития: масса тела для данного возраста, длина тела для данного возраста, масса тела для данной длины для мальчиков в первые 3 года жизни. Эти графики строятся на основании данных, взятых из нынешнего справочника ВОЗ (5). На каждом графике вычерчены три кривые: медиана, или 50-я перцентиль, и 3-я и 97-я перцентили. 3-я и 97-я перцентили приблизительно эквивалентны кривым  $-2$  стандартных отклонения и  $+2$  стандартных отклонения, соответственно. Для мальчиков и девочек графики разные и для удобства могут иметь цветовые коды.

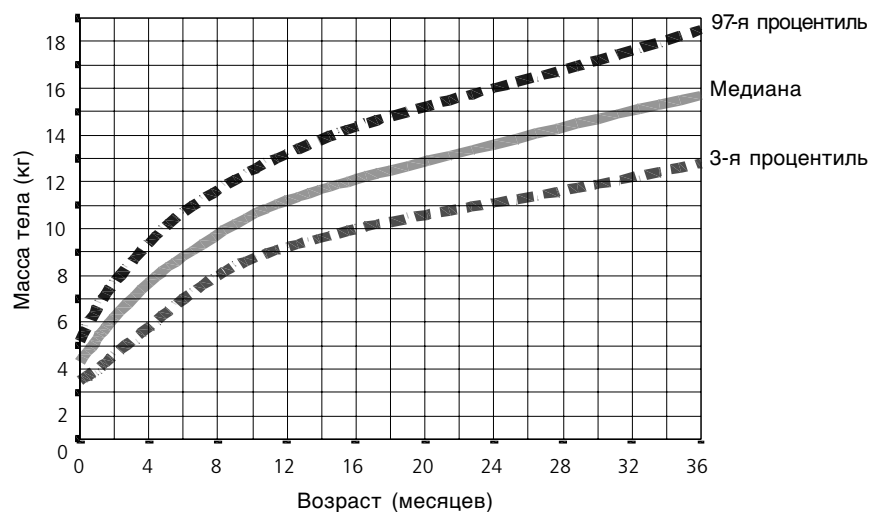
Когда проводятся измерения ребенка, значение нужно наносить на график в виде точки. Если измерение находится, например, на кривой 25-й перцентили, это означает, что, по сравнению с базисной категорией населения, 25% детей имеют величину ниже, а 75% имеют величину выше этого измерения. Если измерение находится либо ниже 3-й перцентили, либо выше 97-й перцентили, такая величина считается “аномальной”.

Измерения, сделанные в одной точке времени, без соотнесения с полученными ранее показаниями, не позволяют определить, развивается ли ребенок постоянно по некоторой перцентили физического развития, снижаются ли его показатели, или же он наверстывает отставание. Отставания в различных показателях отражают различные лежащие в их основе процессы и позволяют предположить различные причинные связи. Масса тела может быстро снижаться и увеличиваться в ответ на отрицательные факторы окружающей среды, тогда как рост так изменяться не может. Для обозначения этих разных процессов были введены термины “истощение” и “задержка роста” (см. ниже).

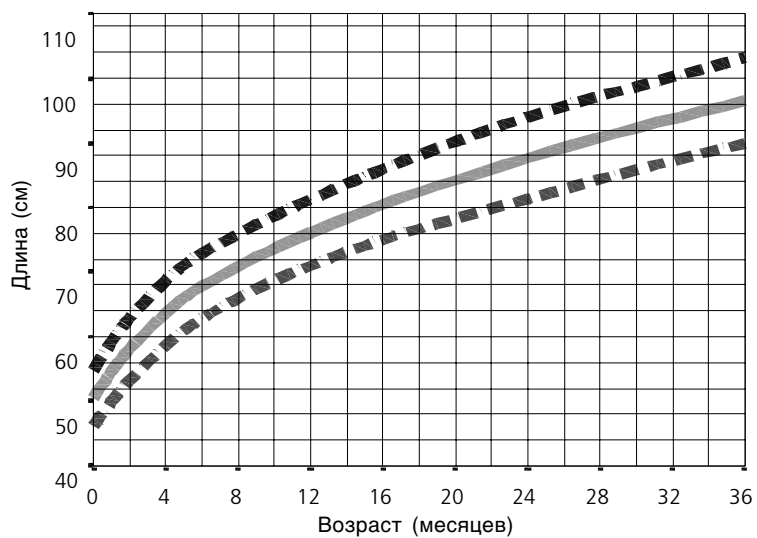
Поскольку единичные антропометрические измерения (например, рост или масса тела) имеют ограниченную ценность, следует рассчитывать такие показатели, как масса тела для

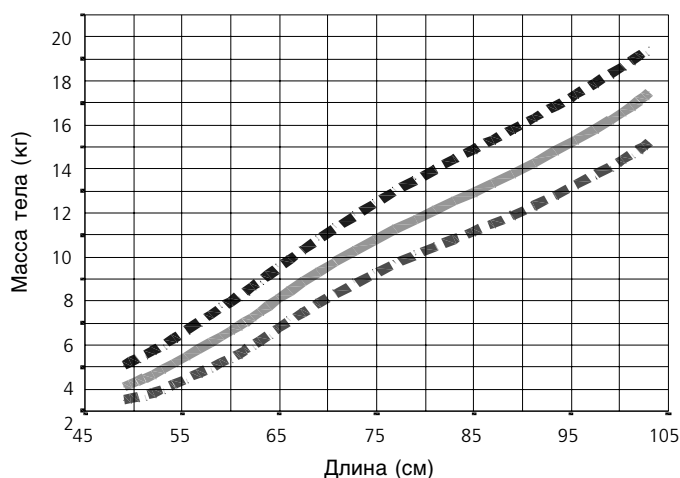
**Рисунок 17. Примеры графиков физического развития, основанных на эталоне ВОЗ для мальчиков в первые 3 года жизни**

**А. Масса тела для данного возраста**



**В. Длина для данного возраста**



**Рисунок 17. (продолжение)****С. Масса тела для данной длины**

Источник: Всемирная организация здравоохранения (5).

данного роста, длина тела для данного возраста и масса тела для данной длины. Они позволяют сравнивать данные физического развития внутри групп и между группами и учитывают пол ребенка.

**БАЗИСНЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ**

Путем сравнения индивидуального ребенка с базисной группой населения можно рассчитать три показателя достигнутого уровня физического развития: массу тела для данного возраста, рост для данного возраста и массу тела для данного роста. Для использования у детей также был рекомендован индекс массы тела (масса тела/рост<sup>2</sup>), но для детей в возрасте до 10 лет он широко не применяется (6).

Ценность показателя физического развития состоит в том, что он показывает положение отдельного ребенка по отношению к распределению величин массы тела (или роста) детей такого

же возраста или пола. Показатели физического развития можно выразить одним из трех способов:

- как отклонение от медианы эталона, выраженное в виде стандартного отклонения ( $SD$  или балл по шкале  $Z$ );
- в виде центили стандартной группы населения; или
- в виде процента срединного эталонного значения.

Для анализа данных рекомендуется использовать стандартное отклонение или баллы по шкале  $Z$ , так как они легко поддаются математическому манипулированию и статистическому анализу (7, 8).

ВОЗ одобрила использование категорий населения, которые были определены Национальным центром медицинской статистики США (НЦМС) в качестве базисных (6). Однако использование базисов, основанных на категории грудных детей и детей более старшего возраста из одной страны, для оценки физического развития детей в другой стране оказалось небесспорным. Часто в качестве обоснования необходимости иметь отдельные эталонные показатели физического развития для каждой страны или для каждого региона приводятся различия в генетическом потенциале физического развития. Тем не менее, хотя генетические различия и существуют, именно факторы окружающей среды оказывают большее воздействие на потенциал физического развития. Это было четко показано в работе Martorell (9), который измерял рост детей школьного возраста из разных социально-экономических категорий населения в разных странах.

ВОЗ признала, что данные по базисным категориям будут использоваться в качестве нормативов, и рекомендует прилагать усилия к тому, чтобы выбрать базисные категории, напоминающие международные нормативы (6). ВОЗ выбрала базис НЦМС США, потому что категория населения, на которой он был основан, жила в здоровой окружающей среде, имела хорошее питание и, по всей вероятности, сполна реализовала свой потенциал физического развития. Однако необходимо признать, что в качестве норматива он имеет свои недостатки. Кривые физического развития первоначально были построены



в 1975 г. по данным из четырех источников. Данные длины тела в лежачем положении для возраста от 0 до 23 месяцев были взяты из долговременного продольного исследования народонаселения 1923–1975 гг., выполненного Научно-исследовательским институтом Фельса. Грудные дети, включенные в эту совокупность данных, кормились главным образом детскими питательными смесями (т.е. они не находились на исключительно грудном вскармливании) и входили в относительно ограниченную генетическую, социально-экономическую и географическую совокупность. Данные о росте стоя детей в возрасте от 2 до 18 лет были взяты из трех американских обследований, проводившихся в период с 1960 по 1975 гг. В большинстве категорий населения разница в среднем увеличении роста или в распределении вокруг среднего значения невелика, но следует помнить о том, что в эту базисную категорию были включены как здоровые, так и больные дети, дети на грудном и искусственном вскармливании, и особенно нужно помнить об этом, сравнивая с этим базисом отдельных детей или определенные группы. Недавно Комитет экспертов ВОЗ (6) рекомендовал разработать новый эталон физического развития для грудных детей и детей более старшего возраста, основанный на группах грудных детей, вскармливаемых грудью согласно рекомендациям ВОЗ, из разных районов мира.

### **ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ИЗМЕРЕНИЙ ДОСТИГНУТОГО УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Одной из главных целей использования расчетных показателей физического развития является прогнозирование последующих проблем здоровья, особенно заболеваемости, смертности, умственного развития, работоспособности, репродуктивной функции и риска хронического заболевания. Однако предсказание не всегда указывает причинные связи. В метаанализе шести длительных когортных исследований детей отмечалась выраженная экспоненциальная связь между массой тела для данного возраста и коэффициентами смертности, но его способность прогнозировать смертность была невысока (10). Потенциал прогнозирования у этого метаанализа был наивысшим в категориях населения с наивысшими коэффициентами заболеваемости и смертности; это свидетельствует о том, что недостаточность питания повышает летальность, а не распространенность заболевания.

Масса тела для данной длины является более точным показателем острого риска, чем масса тела для данного возраста, и поэтому для выявления детей, нуждающихся в алиментарном лечении, этот показатель имеет большую ценность (11). Для определения индикаторов, необходимых для общественного здравоохранения и принятия программно-стратегических решений, нужно выбрать пороговое значение для показателя достигнутого уровня физического развития. Пороговые значения выбираются исходя из практических соображений (например, сколько получателей помощи в состоянии охватить та или иная программа помощи) или, правильнее, на основании того риска заболеваемости и смертности, который связывается с определенным уровнем показателей. Было, однако, показано, что зависимость между показателями и риском носит непрерывный характер, но различается в разных странах в зависимости от смешанного риска, связанного с окружающей средой (10).

В качестве индикатора для приема в стационар по поводу тяжелой недостаточности питания в развивающихся странах обычно используют пороговое значение  $< 70\%$  эталонной медианы. ЮНИСЕФ определяет детей с  $< 2$  стандартных отклонений по сравнению с базисным (НЦМС) срединным значением массы тела для данного возраста, массы тела для данного роста и роста для данного возраста соответственно как детей с умеренной/тяжелой степенью недостаточности массы тела, истощенных детей или детей с задержкой роста. Если использовать эти определения,  $30\%$  (170 миллионов) детей на земном шаре имеют умеренную/тяжелую степень недостаточности массы тела, а  $40\%$  (230 миллионов) отстают в росте. Главными показателями состояния питания грудных детей в стране являются распространенность низкой массы тела для данного роста (истощение) и распространенность низкого роста для данного возраста (задержка роста) в определениях, данных выше.

### **Масса тела для данного роста**

Низкая масса тела для данного роста является результатом либо отсутствия увеличения массы тела, либо потери массы тела. Она может быстро возникнуть, быстро прекратиться и указывает на острую недостаточность питания, отражая тяжелую степень потери массы тела, которая часто связана с острым голоданием

и/или тяжелой болезнью. Истощение не распространено на территории Европейского региона ВОЗ, за исключением Таджикистана и Узбекистана (см. главу 1).

В результате исследований, проведенных в начале 70-х годов, было высказано мнение о том, что избыточная масса тела для данного роста (тучность) в грудном возрасте может вызывать пожизненный риск ожирения. Однако позднейшие эпидемиологические исследования не показывают прямой выраженной связи между тучностью в грудном возрасте и ожирением в более зрелом возрасте (12, 13), а тучность в грудном возрасте даже может иметь положительные последствия. Повидимому, ожирение у взрослых и его последствия для сердечно-сосудистой системы имеют свои корни в более старшем детском возрасте (14, 15), но в какой степени тучность в раннем детском возрасте (второй и третий годы жизни) ассоциируется с ожирением в последующие годы, неизвестно.

### **Рост для данного возраста**

Низкий рост для данного возраста является результатом замедления развития костной системы. В целом он отражает хронический процесс и используется в качестве показателя хронического недоедания. Задержка роста часто наступает в течение достаточно короткого времени – от нескольких месяцев после рождения до примерно 2-летнего возраста. Это совпадает по времени с началом введения прикорма. Причинами более раннего наступления задержки роста, которая связана с недостаточной переносимостью глюкозы у взрослых, могут также быть преждевременные роды и задержка внутриутробного развития (16). С процессом алиментарно-обусловленной ранней задержки роста связаны повышенный риск смертности, задержка развития моторики, ухудшение познавательной способности и успеваемости в школе, уменьшение безжировой компоненты массы тела и снижение работоспособности во взрослом периоде жизни, которое сопровождается соответствующими негативными экономическими последствиями, что свидетельствует о том, что некоторые факторы, вызывающие задержку роста, также вызывают долговременные отрицательные эффекты (3, 17).

Ухудшение линейного роста обусловлено многими факторами. К наиболее важным причинным факторам относятся

плохое питание, инфекция (часто вызываемая неудовлетворительными санитарными условиями), а также плохое взаимодействие между матерью и грудным ребенком и неправильные принципы и методы ухода за ребенком (см. главу 9). В рамках комплексной стратегии, такой, как “Комплексное ведение детских болезней” (18), рекомендуется решить вопросы недостаточности питания, провести лечение инфекции и улучшить взаимодействие между матерью и ребенком, чтобы предупредить задержку роста в условиях нехватки ресурсов, поскольку такая комплексная стратегия также позволит улучшить физическое и умственное развитие.

### **Масса тела для данного возраста**

Показатель массы тела для данного возраста охватывает как массу тела для данного роста, так и рост для данного возраста. Как показатель пищевого статуса он имеет свои недостатки. Ребенок с низкой массой тела для данного возраста может отставать в росте и иметь относительно нормальную массу тела для данного роста. У детей более раннего возраста низкая масса тела для данного возраста может отражать распространенность низкой массы тела для данного роста, но в более старших возрастных группах будет, скорее всего, сопровождаться низким ростом для данного возраста.

### **НАВЕРСТЫВАНИЕ ОТСТАВАНИЯ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ**

После временной остановки роста возможно наверстывание отставания в физическом развитии, для чего требуется устранить недостаточность пищевых веществ (19, 20). Однако наверстывание отставания произойдет только в том случае, если в течение достаточного периода времени будет обеспечен надлежащий рацион питания. До сих пор неясно, какие именно компоненты рациона питания имеют решающее значение (21). В целом для наверстывания отставания в физическом развитии требуется повышенное количество энергии, белков и микронутриентов, причем оно должно потребляться сверх тех дополнительных потребностей, которые есть у ребенка в период выздоровления от инфекции. Вмешательство может дать лишь ограниченный эффект, хотя имеются данные о том, что на наверстывание отставания положительное действие оказывают продление периода физического развития, ускоренные темпы физического развития и улучшения в окружающей среде.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. WEAVER, L.T. Feeding the weanling in the developing world: problems and solutions. *International journal of food sciences and nutrition*, **45**: 127–134 (1994).
2. SCHMIDT, I.M. ET AL. Height of conscripts in Europe – is postneonatal mortality a predictor? *Annals of human biology*, **22**: 57–67 (1995).
3. MARTORELL, R. The nature of child malnutrition and its long term implications. *Food and nutrition bulletin*, **20**: 288–292 (1999).
4. *Reference on practical measurements in children: National Household Survey Capability Programme. How to weigh and measure children*. New York, United Nations, 1986 (DP/UN/INT-81-041/6E).
5. *Measuring change in nutritional status*. Geneva, World Health Organization, 1983.
6. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHO Technical Report Series, No. 854).
7. WATERLOW, J.C. ET AL. The presentation and use of height and weight data for comparing nutritional status of groups of children under the age of 10 years. *Bulletin of the World Health Organization*, **55**: 489–498 (1977).
8. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bulletin of the World Health Organization*, **64**: 929–941 (1986).
9. MARTORELL, R. Child growth retardation: a discussion of its causes and of its relationship to health. In: Blaxter, K.L. & Waterlow, J.C., ed. *Nutritional adaptation in man*. London, John Libbey, 1985, pp. 13–30.
10. PELLETIER, D.L. ET AL. Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *American journal of public health*, **83**: 1130–1133 (1993).
11. BERN, C. ET AL. Assessment of potential indicators for protein–energy malnutrition in the algorithm for integrated management of childhood illness. *Bulletin of the World Health Organization*, **75** (Suppl. 1): 87–96 (1997).
12. ROLLAND-CACHERA, M.F. ET AL. Tracking the development of adiposity from one month of age to adulthood. *Annals of human biology*, **14**: 219–229 (1987).
13. ROBERTS, S.B. Early diet and obesity. In: Heird, W.C., ed. *Nutritional needs of the six to twelve month old infant*. New York, Raven Press, 1991.
14. SINAÏKO, A.R. ET AL. Relation of weight and rate of increase in weight during childhood and adolescence to body size, blood pressure, fasting insulin, and lipids in young adults. The Minneapolis Children's Blood Pressure Study. *Circulation*, **99**: 1471–1476 (1999).

15. EPSTEIN, L.H. ET AL. Childhood obesity. *Pediatric clinics of North America*, **32**: 363–379 (1985).
16. OZANNE, S.E. & HALES, C.N. The long-term consequences of intra-uterine protein malnutrition for glucose metabolism. *Proceedings of the Nutrition Society*, **58**: 615–619 (1999).
17. HERNANDEZ-DIAZ, S. ET AL. Association of maternal short stature with stunting in Mexican children: common genes vs common environment. *European journal of clinical nutrition*, **53**: 938–945 (1999).
18. *A critical link: interventions for physical growth and psychological development*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/CHS/CAH/99.3).
19. WATERLOW, J.C. Nutrition and growth. In: *Protein energy malnutrition*. London, Edward Arnold, 1985, pp. 187–211.
20. *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*. Geneva, World Health Organization, 1999.
21. GOLDEN, M.H.N. Is complete catch-up possible for stunted malnourished children? *European journal of clinical nutrition*, **48** (Suppl. 1): 58–68 (1994).
22. MARTORELL, R. ET AL. Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. *European journal of clinical nutrition*, **48** (Suppl. 1): 45–57 (1994).

# Гигиена ротовой полости

*Для улучшения здоровья зубов рекомендуется ограничивать частое употребление пищевых продуктов с высоким содержанием сахара, сладких напитков, конфет и рафинированного сахара.*

*Нужно два раза в день легко и осторожно чистить зубы, как только они появятся.*

*Следует обеспечить оптимальное потребление фтора путем фторирования воды, введения добавок фтора или использования зубной пасты с фтором.*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ

Кариес зубов (разрушение зубов) – серьезная медицинская и социальная проблема во многих промышленно развитых странах и странах с переходной экономикой – представляет собой самую важную проблему здоровья ротовой полости у детей раннего возраста. Несмотря на некоторое снижение в степени его распространенности, происшедшее в последние 20 лет, эта тенденция достигла уровня стабилизации, особенно среди детей дошкольного возраста, значительная часть которых по-прежнему поражена кариесом зубов. Например, в Соединенном Королевстве свыше 50% пятилетних детей страдает разрушением зубов. Более высокие уровни распространенности кариеса отмечаются у детей, принадлежащих к экономически неблагополучным сообществам, по сравнению с детьми из более обеспеченных районов; кроме того, кариес также чаще встречается у детей из семей, недавно иммигрировавших в Соединенное Королевство. В развивающихся странах картина обратная: вредные пищевые привычки, ведущие к большей распространенности кариеса зубов, как правило, существуют в зажиточных семьях.

На европейском континенте в странах Центральной и Восточной Европы и странах, возникших после распада Советского Союза, по-прежнему сохраняются высокие уровни

распространенности кариеса, значительно превышающие уровни в других европейских странах. Эти уровни намного превышают среднеевропейский показатель, и в странах с такими уровнями не достигнута цель, поставленная ВОЗ, – к 2000 г. добиться среднего популяционного показателя КПУ (кариозных, пломбированных и удаленных зубов)  $\leq 3,0$  (1). Кроме того, в отличие от большинства стран Западной Европы, распределение заболевания не сосредоточено в определенных группах населения, а продолжает поражать подавляющее большинство людей начиная с раннего возраста. На рис. 18 показана распространенность кариеса зубов в Европе в период между 1982 и 1995 гг.

Заболевание зубов не является неизбежным явлением жизни, оно может быть значительно снижено путем хорошо организованного просвещения родителей по вопросам гигиены ротовой полости. Ведущее место в обеспечении хорошего здоровья зубов на долгие годы принадлежит выработке здоровых привычек ухода за ротовой полостью и приема пищи в грудном и раннем детском возрасте.

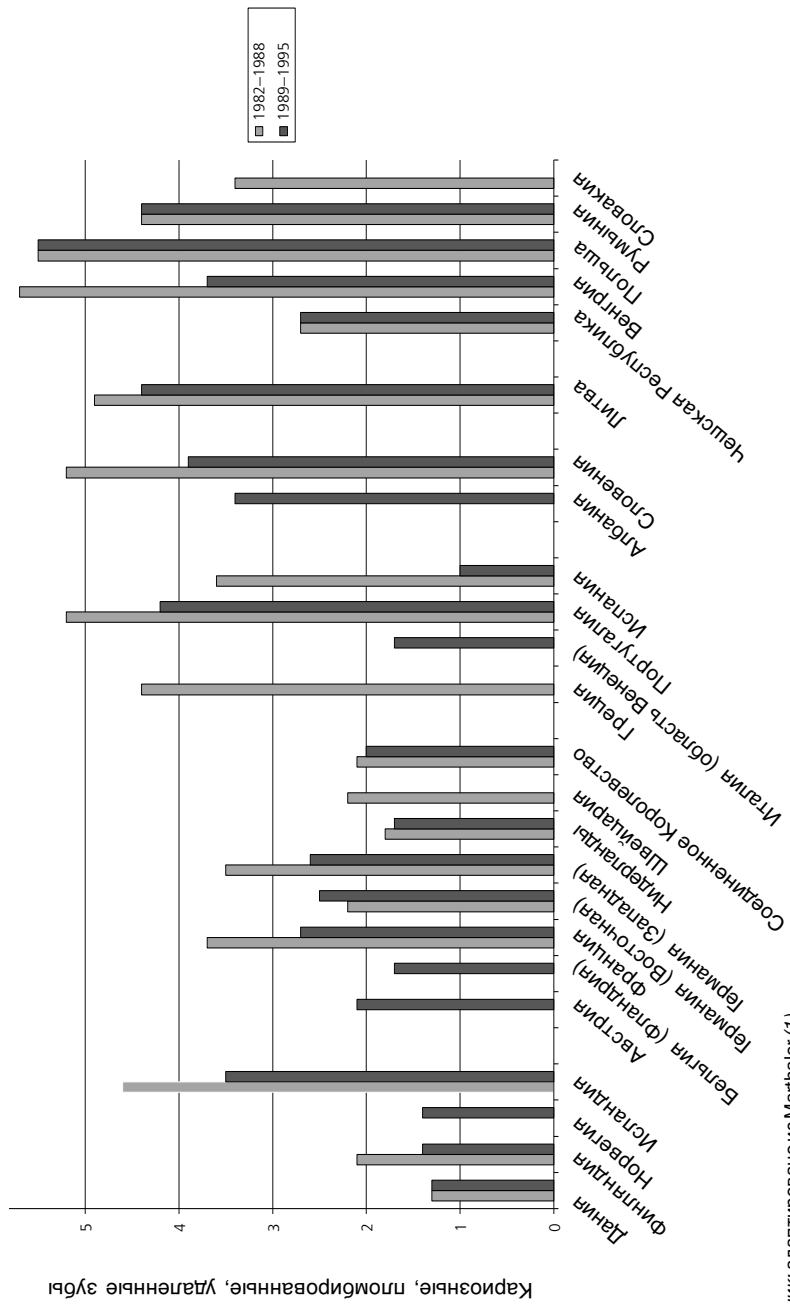
### **КАК ВОЗНИКАЕТ КАРИЕС**

Процесс возникновения кариеса начинается с того момента, когда эмаль на поверхности зуба становится деминерализованной (размягченной) вследствие выхода из эмали ионов кальция и фосфата. Разрушение распространяется на более мягкую, чувствительную, лежащую глубже часть зуба – дентин, расположенный под эмалью, и тогда ослабленная эмаль спадает и образуется кариозная полость. Процесс этот продолжается и постепенно разрушает зуб.

Причиной кариеса является действие на зубную эмаль органических кислот. Кислота является побочным продуктом метаболизма пищевых углеводов, в первую очередь сахаров, в результате активности бактерий, находящихся в слое зубного налета, покрывающего поверхности зубов. Сахара способствуют росту и расширению зубного налета, и рацион питания с высоким содержанием сахаров благоприятствует размножению бактерий, которые используют сахара в качестве своего источника энергии и могут эффективно превращать их в кислоту. Зубной налет не только удерживает кислоту у поверхности зуба, но также и действует как препятствие для нейтрализующего



Рис. 18. Распространенность кариеса зубов в Европе, 1982–1988 и 1989–1995 гг.



Источник: адаптировано из Marthaler (1).

эффекта слюны, тем самым способствуя деминерализации и разрушению.

Главным средством, имеющимся во рту для защиты от заболевания зубов, является слюна, которая, благодаря своим буферным свойствам, препятствует образованию кислот и помогает смыть сахара с поверхности зубов. Кроме того, слюна содержит кальций и фосфат, которые ускоряют процесс реминерализации. В ночное время в результате уменьшения интенсивности слюноотделения подверженность зубов разрушительному действию возрастает.

На начало и развитие кариеса влияют многие факторы. Некоторые зубы попросту менее способны сопротивляться разрушению, чем другие, и вряд ли это является следствием плохого питания матери во время беременности или после рождения ребенка, особенно в развитых странах, где тяжелая степень нарушения питания встречается редко. Самое сильное влияние на степень тяжести кислотного разрушения оказывает взаимодействие местных факторов (слюны, зубного налета и типа, частоты и продолжительности потребления сахара с пищей) вокруг зуба. Сахара являются самой важной алиментарной причиной кариеса, поэтому настоятельно рекомендуется уменьшить количество и частоту их потребления.

### **ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ РАЦИОНОМ ПИТАНИЯ И КАРИЕСОМ ЗУБОВ**

Структура и рацион питания для гигиены ротовой полости в первый год жизни имеют важное значение, которое проявляется двояко. Во-первых, до появления зубов внутри челюстей продолжает развиваться молочный зубной ряд, и начинается обызвествление постоянных зубов. Таким образом, хорошее общее питание имеет некоторое значение для обоих развивающихся зубных рядов, а введение добавок витамина D в рацион беременных женщин и детей, испытывающих недостаточность витамина D, позволит уменьшить возникновение дефектов в структуре зубов (3). Во-вторых, первые зубы начинают появляться примерно в 6 месяцев, и частота и продолжительность воздействия сахаров на эти появляющиеся зубы имеет большое значение как фактор, определяющий, будут ли у них развиваться кариозные поражения или нет; это

важнее, чем любые алиментарные воздействия до прорезывания зубов (4).

Главными виновниками возникновения кариеса зубов являются добавляемые в пищу сахара. Это сахара, которые добавляются при промышленном производстве, приготовлении или перед употреблением продуктов и которые, в первую очередь, находятся в кондитерских изделиях, безалкогольных напитках, пирожных, печенье, а также в столовом сахаре – продуктах, которые часто употребляются между приемами пищи как легкие закуски и напитки. Наиболее кариесогенным сахаром является сахароза, но глюкоза, фруктоза и мальтоза лишь немногим уступают ей в этом. Сахара, присутствующие в свежих фруктах и овощах и в крахмалсодержащих пищевых продуктах, не являются важной причиной разрушения зубов. В условиях нормального питания молочный сахар (лактоза) не является кариесогенным. Стоматологи всячески одобряют и поддерживают грудное вскармливание, так как у детей, вскормленных грудью, кариес зубов обычно распространен меньше, чем у детей-искусственников, что, вероятно, объясняется отсутствием возможности добавлять сахар и меньшим использованием различных сосудов для кормления и бутылочек с подслащенными напитками (4). Грудное молоко связывают с развитием зубного кариеса, но это происходит только тогда, когда грудное вскармливание продолжается долго (более 1 года) и не принимаются меры предупреждения, такие, как чистка зубов фторсодержащей зубной пастой. Но и тогда развитие зубного кариеса бывает нечасто (2). Развитие кариеса, обусловленного кормлением ребенка, напрямую связано с неправильными методами кормления, в частности, с добавлением в молоко подслащенных твердых продуктов, поением из бутылочек подслащенными напитками, а также подслащением пустышек медом или вареньем. Поэтому исключительно важное значение имеет установление правильных принципов и методов кормления в период введения прикорма, включая ограничение использования сахара (см. врезку 8).

К развитию кариеса зубов причастны педиатрические лекарственные препараты с добавлением сахара. Тенденцию к исключению ненужных сахаров из всех лекарств следует продолжать, и, насколько это возможно, все детские лекарства должны быть без сахара.

**Врезка 8. Причины и профилактика кариеса зубов****Характеристики еды и питья, способствующие кариесогенному процессу**

- Частота приема сахарозы и/или других сбраживаемых углеводов.
- Количество кислоты, образующееся на поверхности зуба из пищи/напитка.
- Количество времени, в течение которого еда/питье находится во рту.
- Способность вызывать образование зубного налета.

**Рекомендации в отношении питания**

- Для предупреждения кариеса зубов во время кормления ребенка не следует рекомендовать искусственное вскармливание.
- Не следует давать ребенку фруктовые соки и подслащенное питье, включая чай, в бутылочке или емкости для кормления, которую ребенок может держать в руках, особенно в ночное время.
- Не рекомендуется употреблять сладкие, шипучие напитки.
- Следует избегать использования пустышек.
- Рекомендации должны быть нацелены на снижение количества и частоты потребления сахара.
- Родители должны знать о том, что представление продуктов питания промышленного производства как продуктов “без добавления сахара” не равнозначно обозначению “с низким содержанием сахара”. Например, сахара в концентрированных фруктовых соках столь же кариесогенны, как и добавленные сахара.
- Родителям необходимо сообщать о содержании сахаров как в сладких, так и в острых и соленых продуктах.

**ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ****Фтор**

Фтор помогает защитить зубы от разрушения, усиливая реминерализацию и изменяя структуру зуба таким образом, что его поверхность меньше поддается растворению. Он также уменьшает образование кислот и, следовательно, деминерализацию путем снижения метаболизма бактерий. Фтор может поступать к зубу либо при потреблении его внутрь, например, с питьевой водой (системное применение), либо путем прямого нанесения на поверхность зуба (местное применение), например, с зубной пастой.

### Системное применение

Когда в питьевой воде недостает фтора (менее 0,7 мг/литр) и существует проблема кариеса зубов, следует поощрять фторирование воды. Множество исследований, проведенных во всем мире, показали, что фторирование воды на оптимальном уровне приводит к значительному снижению распространенности кариеса (5). Оптимальный уровень бывает разный в зависимости от климатических температур, и в умеренном климате составляет 1 часть на миллион. Фторирование воды является самым действенным способом предупреждения кариеса у детей, при условии, что в данной местности имеется водопроводная система водоснабжения (6). Системное фторирование также может быть достигнуто путем фторирования соли, молока и введения питательных добавок.

При отсутствии фторирования воды или неиспользовании фторированной соли или молока детям можно давать питательные добавки фтора. Их эффективность подтверждена многими испытаниями, однако сегодня господствует тенденция к тому, чтобы использовать добавки целенаправленно в группах повышенного риска, а не применять введение добавок фтора в качестве меры для всего общественного здравоохранения (5). В разных странах рекомендуется разная дозировка, но там, где высок уровень кариеса в молочных зубах, многие стоматологи предпочитают схему приема, аналогичную схеме, принятой в Соединенном Королевстве с 1981 г. (табл. 46).

### Местное применение

При наличии возможности грудных детей следует показать стоматологу в возрасте примерно 6 месяцев и обязательно к двум годам, чтобы можно было получить профилактическую консультацию. Как только появятся зубы, их нужно осторожно чистить маленькой зубной щеткой два раза в день. Чрезвычайно эффективным способом доставки фтора к поверхности зубов и предупреждения таким образом кариеса является ежедневное пользование фторсодержащей зубной пастой. Чистка зубной щеткой также удаляет бактерии, помогая тем самым уменьшить риск возникновения периодонтита.

Требуется лишь *малое* количество фторсодержащей зубной пасты размером с горошину. Во многих странах продаются детские зубные пасты, которые можно рекомендовать детям до 5 лет. Все

**Таблица 46. Современная схема дозировки добавки фтора в таблетках в зависимости от концентрации фтора в питьевой воде в Соединенном Королевстве**

Содержание фтора в питьевой воде (мг/л)	Дозировка фтора (мг/день) по возрастным группам		
	От 6 месяцев до 2 лет	2–4 года	4–16 лет
< 0,3	0,25	0,50	1,00
0,3–0,7	0,0	0,25	0,50
> 0,7	0,0	0,0	0,0

Источник: Всемирная организация здравоохранения (5).

дети по крайней мере до 8-летнего возраста нуждаются в помощи и надзоре при чистке зубов.

Фторирование воды и фторсодержащая зубная паста – весьма действенные способы профилактики кариеса. В отношении же групп риска следует рассмотреть возможность использования других средств доставки фтора, таких, как фторсодержащие капли, таблетки, растворы для полоскания рта, гели и лаки (7).

Выбор наиболее эффективного и экономичного способа введения фтора определяется имеющимися ресурсами, распространенностью кариеса среди населения и существующими в окружающей среде источниками поступления фтора. Поэтому министерствам здравоохранения рекомендуется контролировать общий уровень поступления фтора среди населения и распространенность как кариеса, так и флюороза, чтобы можно было добиться максимальной пользы для гигиены полости рта (5).

## ЛИТЕРАТУРА

1. MARTHALER, T.M. ORCA Symposium Report. The prevalence of dental caries in Europe 1990–1995. *Caries research*, **30**: 237–255 (1996).
2. RUGG-GUNN, A.J. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on sugars and the dental health of children. *International journal of paediatric dentistry*, **2**: 177–180 (1992).

3. COCKBURN, F. ET AL. Maternal vitamin D intake and mineral metabolism in mothers and their newborn infants. *British medical journal*, **2**: 11–14 (1980).
4. RUGG-GUNN, A.J. *Nutrition and dental health*. Oxford, Oxford University Press, 1993.
5. *Fluorides and oral health. Report of a WHO Expert Committee*. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO Technical Report Series, No. 846).
6. MURRAY, J.J. ET AL. *Fluorides in caries prevention*, 3rd ed. Oxford, Butterworth Heinemann, 1991.
7. *The scientific basis of dental health education: a policy document*, 4th ed. London, Health Education Authority, 1996.

# Безопасность пищевых продуктов

*Для предотвращения поноса и болезней, передаваемых с водой и пищей, которые являются одной из главных причин плохого питания, остановки физического развития и рецидивирующих болезней, жизненно важное значение имеют безопасные продукты питания, чистая вода и надлежащее соблюдение правил гигиены.*

*Грудное вскармливание следует поощрять даже в тех случаях, когда вызывает тревогу возможность загрязнения грудного молока. Матерей следует убеждать в том, что риск загрязнения очень невелик по сравнению со всеми выгодами грудного вскармливания.*

## ВВЕДЕНИЕ

Дети подвергаются воздействию загрязняющих примесей в пищевых продуктах через грудное молоко, детские питательные смеси и продукты для прикорма, и поэтому на них также распространяются те проблемы безопасности пищевых продуктов, с которыми сталкивается все население. Поскольку грудные дети и дети раннего возраста особенно чувствительны к отрицательным воздействиям, они в большей степени подвергаются риску заражения инфекцией. Когда инфекционные болезни повторяются или сохраняются в течение долгого времени, они оказывают отрицательное действие на состояние питания.

Масштабы проблем безопасности продуктов питания широки и многообразны. Они охватывают проблемы, причиной которых являются микроорганизмы (бактерии, паразиты и вирусы) и химические опасные факторы, которые могут либо присутствовать в пищевых продуктах естественным образом, либо появиться в качестве загрязняющих примесей в результате загрязнения или неправильных агротехнических приемов. Время от времени проблему могут вызывать физические опасные факторы (такие, как стекло или камни).



## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАРАЖЕНИЕ

### Характер проблем

Одной из главных причин диспептических заболеваний и ухудшения состояния здоровья грудных детей и детей раннего возраста является заражение продуктов питания (включая питьевую воду) микробными факторами. Некоторые микроорганизмы являются условно патогенными и поражают, главным образом, грудных детей и детей раннего возраста. Некоторые вызывают особенно тяжелые последствия для здоровья, другие – лишь незначительно влияют на состояние здоровья. В качестве примеров можно назвать *Aeromonas hydrophila* и другие подвижные аэромонады, энтерогеморрагические *Escherichia coli*, *Cryptosporidium parvum* и *Listeria monocytogenes*. Обследование по выявлению энтерогеморрагических *E. Coli*, проведенное в Соединенном Королевстве в период с 1990 по 1998 гг., показало, что наиболее высокой степень распространенности этой инфекции была среди детей до 5 лет (8,8 случаев на 100 тысяч жителей в год). Свыше 50% из тех, у кого развился гемолитико-уремический синдром, были дети в возрасте до 4 лет. Распространенность инфекций *Campylobacter*, в целом очень высокая в Европе, также выше всего среди детей до 5 лет. Особой проблемой у грудных детей является *Clostridium botulinum*, так как вегетативная форма этого патогенного микроорганизма может вызывать ботулизм, хотя для взрослых эта бактерия сама по себе является безвредной и опасность представляет лишь преформированный токсин. Ботулизм грудных детей часто связан с потреблением меда. Помимо возраста, чувствительность грудных детей и детей раннего возраста к патогенным микроорганизмам, передаваемым с пищей, определяется и другими факторами, такими, как пищевой статус и состояние здоровья детей.

### Влияние на здоровье

Заболевания пищевого происхождения проявляются через широкий диапазон симптомов и признаков, таких, как понос, рвота, боли в животе, высокая температура и желтуха. Они могут вызывать тяжелые и/или длительные нарушения здоровья, в том числе острый, водянистый и кровавый (приводящий к обезвоживанию и образованию язвы) понос, менингит и хронические заболевания, поражающие почки, суставы, сердечно-сосудистую, дыхательную и иммунную системы. Например, у детей, пораженных энтерогеморрагическими *E. Coli*,

может развиваться гемолитико-уремический синдром, который иногда приводит к почечной недостаточности.

Одним из серьезных последствий инфекций пищевого происхождения является их влияние на состояние питания. Инфекции пищевого происхождения могут привести к уменьшению потребления пищи вследствие анорексии. Недостаточное потребление пищи, осложненное потерей пищевых веществ из-за рвоты, поноса, малабсорбции и жара в течение длительного времени, всегда ведет к недостаточности питательных веществ, которая вызывает серьезные последствия для физического развития и иммунной функции у грудных детей и детей раннего возраста. Поэтому грудной ребенок, сопротивляемость которого подавлена, становится уязвимым для других заболеваний и впоследствии оказывается втянутым в порочный круг нарушения питания и инфекции.

### **Причина заболеваний пищевого происхождения**

В принципе, к заболеваниям пищевого происхождения могут быть причастны все типы продуктов питания. Возможности перекрестного заражения, передачи заражения от сырья или грязных поверхностей или инструментов к приготовленной пище или (в меньшей степени) заражения продуктов питания рабочими, занятыми на их переработке и транспортировке, делают практически любой пищевой продукт потенциальным переносчиком любого патогенного микроорганизма. Однако некоторые заболевания пищевого происхождения чаще связаны с каким-либо определенным продуктом. Примеры такой связи приведены в таблице 47.

Источники заражения пищевых продуктов могут быть самыми различными. Это фекалии, загрязнение воды, мухи, паразиты, домашние животные, невымытая утварь и кастрюли, люди, перерабатывающие и переносящие продукты питания, пыль и грязь. Нередко источником заражения являются сами пищевые продукты в сыром виде, так как некоторые из них могут служить естественной средой обитания патогенных микроорганизмов или заимствовать их от инфицированных животных. Кроме того, при приготовлении и хранении пищи имеется дополнительный риск перекрестного заражения, а также возможность для размножения болезнетворных бактерий. Тщательный анализ заболеваний пищевого происхождения показал, что есть две особенные ошибки при

**Таблица 47. Примеры инфекционных заболеваний, часто связанных с конкретным пищевым продуктом**

Продукт	Примеры часто связанных с продуктом болезней пищевого происхождения
Сырое молоко	Бруцеллез, кампилобактериоз, заражение энтерогеморрагическими <i>E. coli</i> , сальмонеллез
Творог из сырого молока	Листерииоз, интоксикация <i>Staphylococcus aureus</i> , сальмонеллез, бруцеллез
Сливки	Сальмонеллез, интоксикация <i>S. aureus</i>
Мясо и мясные продукты	Сальмонеллез, кампилобактериоз, заражение энтерогеморрагическими <i>E. coli</i> , листериоз, интоксикация <i>S. aureus</i> , гастроэнтерит <i>Clostridium perfringens</i> , ботулизм, тениоз, трихинеллез
Птица	Сальмонеллез, кампилобактериоз
Яйцо и яичные продукты	Сальмонеллез
Рыба и морепродукты	Сальмонеллез, вирусный гастроэнтерит, инфекции <i>Vibrio vulnificus</i> и <i>parahaemolyticus</i> , гистаминная интоксикация
Рис, макаронные изделия и другие зернопродукты	Интоксикация <i>Bacillus cereus</i> , интоксикация <i>S. aureus</i>
Фрукты и овощи	Шигеллез, амебиаз
Мороженое	Сальмонеллез, интоксикация <i>S. aureus</i>
Мучные кондитерские изделия	Сальмонеллез, интоксикация <i>S. aureus</i> , интоксикация <i>B. cereus</i> , гастроэнтерит <i>C. perfringens</i>
Шоколад	Сальмонеллез
Мед	Ботулизм
Питьевая вода	Кампилобактериоз, криптоспоридиоз, лямблиоз, амебиаз, инфекция <i>E. coli</i> , шигеллез, брюшной тиф, гепатит А и Е
Детская питательная смесь	Интоксикация <i>B. cereus</i> , сальмонеллез

приготовлении пищи, которые увеличивают этот риск, так как они позволяют болезнетворным микроорганизмам выживать и развиваться до уровней, вызывающих заболевание:

- приготовление пищи за несколько часов до потребления, в сочетании с ее хранением при температурах, благоприятствующих развитию патогенных микроорганизмов и/или образованию токсинов;
- недостаточное охлаждение или разогрев пищи с целью уменьшения количества или ликвидации патогенных микроорганизмов.

Помимо случаев заражения продуктов питания дома, от 2% до 12% всех вспышек болезней пищевого происхождения происходит в детских яслях и детских садах.

### **Распространенность инфекций пищевого происхождения и тенденции ее изменений**

Распространенность заболеваний пищевого происхождения может быть разной в зависимости от региона, образа жизни, способов обработки и транспортировки продуктов питания и приготовления пищи, инфраструктуры здравоохранения и уровня социально-экономического развития. В более развитых промышленных районах Европы преимущественное распространение имеют такие заболевания, как кампилобактериоз, сальмонеллез (кроме *S. typhi*), инфекция энтерогеморрагическими *E. coli* и листериоз, причем в последние годы наблюдается их рост. В менее индустриальных районах Региона озабоченность вызывают *Escherichia spp.*, *Entamoeba histolytica*, гепатит А и Е и *Shigella*. Другие болезнетворные микроорганизмы, такие, как ротавирусы, *Cryptosporidium* и *Giardia lamblia*, распространены во всех районах Европы (1, 2).

### **Профилактика заболеваний пищевого происхождения и борьба с ними**

Для профилактики и борьбы с заболеваниями пищевого происхождения у грудных детей и детей раннего возраста и для обеспечения безопасности продуктов для прикорма требуется ясное понимание и соблюдение правил гигиены питания при приготовлении как детских питательных смесей, так и твердой пищи. Общие правила гигиены в обобщенном виде представлены во врезке 9.

### Врезка 9. Основные принципы приготовления безопасной пищи для грудных детей и детей раннего возраста

#### **Подвергайте продукты тщательной термообработке.**

Многие сырые продукты, особенно птица, сырое молоко и овощи, часто бывают заражены болезнетворными организмами. Тщательная термообработка убивает эти организмы. В этих целях все части продукта должны быть прогреты настолько, чтобы от них поднимался пар, т.е. они должны быть доведены до температуры не ниже 70°C.

**Избегайте хранения приготовленной пищи.** Готовьте для грудных детей и детей раннего возраста свежую пищу и давайте им ее немедленно после приготовления.

Предпочтительно, чтобы пища, приготовленная для грудных детей и детей раннего возраста, вообще не хранилась. Если это невозможно, пища должна храниться только до следующего приема, но на холоде (ниже 10°C) или в горячем состоянии (около 60°C или выше). После хранения пищу нужно тщательно разогревать. Это означает, что все части пищи опять должны быть доведены до температуры не ниже 70°C.

#### **Избегайте соприкосновения между сырыми продуктами и приготовленной пищей.**

Приготовленная пища может быть заражена даже от малейшего соприкосновения с сырыми продуктами. Такое перекрестное заражение может быть прямым, но также может быть и косвенным и трудноуловимым - через руки, мух, утварь или грязные поверхности. Поэтому после

обработки продуктов, связанных с повышенным риском, таких, как птица, нужно мыть руки. Точно также нужно тщательно вымывать посуду и приборы, которые использовались для сырых продуктов, прежде чем пользоваться ими для готовой пищи. Добавление в приготовленную пищу любых новых ингредиентов тоже может занести болезнетворные организмы. В таких случаях пищу нужно снова подвергнуть тщательной термообработке.

**Мойте фрукты и овощи.** Фрукты и овощи, особенно если они даются грудным детям в сыром виде, необходимо тщательно вымыть безопасной для употребления водой. Когда же есть вероятность, что такие продукты могут быть сильно заражены (например, когда для ирригации применяются неочищенные сточные воды или для удобрения почвы используются фекалии), фрукты и овощи, с которых невозможно снять кожуру, перед употреблением грудным ребенком должны подвергаться тщательной термообработке.

#### **Используйте безопасную для употребления воду.**

Безопасная вода столь же важна для приготовления пищи для грудных детей и детей раннего возраста, сколь и для питья. Воду, используемую для приготовления пищи, нужно кипятить, если та пища, в которую добавляется вода, не будет затем подвергаться термообработке (например, рис и картофель). Помните, что лед, сделанный из небезопасной воды, также будет небезопасен.

**Врезка 9. (продолжение)****Многократно мойте руки.**

Тщательно мойте руки перед началом приготовления или подачи пищи и после каждого прерывания, особенно если вы переодели ребенка, были в туалете или соприкасались с животными. Домашние животные часто являются носителями патогенных микроорганизмов, которые с рук попадают в пищу.

**Избегайте кормления грудных детей из бутылочки.** Для того, чтобы давать грудным детям и детям раннего возраста питье и жидкую еду, пользуйтесь ложкой и чашкой. Вымыть бутылочки и соски до полной чистоты обычно бывает трудно. Следует мыть ложки, чашки, тарелки и прочую посуду и утварь сразу после использования. Это облегчит их тщательное мытье. Если все же приходится пользоваться бутылочками и сосками, их необходимо тщательно вымывать и кипятить после каждого использования.

**Предохраняйте продукты питания от насекомых, грызунов и прочих животных.** Животные часто являются разносчиками патогенных микроорганизмов и потенциальными источниками заражения продуктов питания.

**Храните нескорпортящиеся продукты в безопасном месте.**

Храните пестициды, дезинфицирующие вещества и другие токсичные химические вещества в специально маркированных емкостях и отдельно от продуктов питания. Для предохранения от грызунов и насекомых нескорпортящиеся продукты питания следует хранить в закрытых емкостях. Не следует использовать для хранения продуктов питания емкости, в которых ранее хранились токсичные химические вещества.

**Поддерживайте безукоризненную чистоту во всех помещениях, где готовится пища.** Во избежание заражения пищи, поверхности, используемые для приготовления пищи, должны быть абсолютно чистыми. Отходы пищи и крошки являются потенциальными местами скопления патогенных микроорганизмов и могут привлекать насекомых и грызунов. Мусор должен содержаться безопасным способом в закрытом месте и незамедлительно удаляться.

*Источник: Всемирная организация здравоохранения (3).*

Иногда, особенно когда подозревается наличие проблемы с безопасностью продуктов питания, может возникнуть необходимость провести конкретные исследования способов приготовления пищи лицами, осуществляющими уход за детьми, и выявить конкретные ошибки в приготовлении пищи, которые могут приводить к заражению пищи. Исследования должны

включать антропологические обследования для установления каких-либо коренных социокультурных или экономических факторов, которые могут приводить к таким ошибкам.

На основании собранной информации следует организовать обучение лиц, осуществляющих уход за детьми, вопросам безопасности продуктов питания. В этой связи важнейшая роль принадлежит работникам здравоохранения, которые должны быть хорошо подготовлены и проинструктированы для консультирования матерей и других лиц, осуществляющих уход за детьми, по безопасным методам обращения с продуктами питания (4).

## ХИМИЧЕСКОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ

### Тяжелые металлы

Пища и вода, загрязненные тяжелыми металлами, представляют угрозу для здоровья грудных детей и детей раннего возраста. В данном разделе основное внимание будет уделено свинцу и кадмию. В таблице 48 перечислены пищевые продукты, которые могут быть загрязнены этими тяжелыми металлами.

### Свинец

Свинец обладает способностью к образованию соединений в костях и может замещать кальций. Было показано, что всасывание и удержание свинца в желудочно-кишечном тракте может изменяться в широких пределах в зависимости от химического режима в просвете желудочно-кишечного тракта,

**Таблица 48. Потенциальные пищевые источники свинца и кадмия**

Свинец	Кадмий
Молоко, консервированное или свежее мясо, почки, печень, рыба, моллюски, зерновые продукты, крупы, консервированные и свежие фрукты, фруктовые соки, пряности, детские питательные смеси, питьевая вода, листовые овощи, общий рацион питания	Почки, моллюски, ракообразные, зерновые продукты, общий рацион питания

Источник: Всемирная организация здравоохранения (5).

возраста человека и запасов железа в организме. Кроме того, установлено, что следствиями продолжительного воздействия свинца низкой интенсивности являются гемотоксичность и нейротоксичность, анемия и сниженные умственные способности.

Значительное число бытовых водопроводных систем включает свинцовые трубы или свинцовый припой. Свинец также содержится в большинстве оцинкованных железных труб, поэтому он может накапливаться в воде. Таким образом, на поступление свинца в организм грудного ребенка может влиять содержание свинца в воде, особенно если воду дают ребенку для питья или добавляют в детские питательные смеси или пищу для прикорма. Самые низкие уровни поступления свинца отмечаются у детей, находящихся на грудном вскармливании (5).

### **Кадмий**

В ряде европейских стран сообщается о поступлении в организм грудных детей и детей раннего возраста кадмия в количествах, близких к рекомендуемым пределам или превышающих эти пределы. Тем не менее, это не считается серьезной проблемой, так как пределы эти относятся к регулярному поступлению в течение 50 лет (6). Наивысшие концентрации кадмия в питьевой воде были установлены в регионе Аральского моря.

### **Диоксины и ПХД**

Диоксин – это общепринятое название 2,3,7,8-тетрахлордibenзо-*p*-диоксина (ТХДД), но оно также используется для обозначения структурно и химически родственных полихлорированных дibenзо-*p*-диоксинов (ПХДД), полихлорированных дibenзофуранов (ПХДФ) и полихлорированных дифенилов (ПХД). ТХДД может поступать в организм перорально, свободно распределяется в жировой ткани и выводится в неизменном виде с калом, а также в результате происходящего в печени обмена веществ. Токсичными считаются 7 ПХДД и 10 ПХДФ, диоксиноподобной токсичностью обладают 11 ПХД. Большинство токсичных диоксинов образуются в ходе процессов промышленного хлорирования, сжигания городских отходов или при производстве некоторых гербицидов. Все эти соединения являются жирорастворимыми и очень устойчивы, и поэтому они встречаются в мясе, молоке, рыбе, грудном молоке и в тканях человеческого организма (5).



### **Грудное молоко**

Согласно результатам европейского исследования, проведенного в 1996 г. (7), уровни ПХДД и ПХДФ в грудном молоке с момента предыдущего обследования, проведенного в 1987 г. (8), не возросли. Более того, в некоторых странах эти уровни резко снизились: по сравнению с исследованием 1987 г., снижение составило до 50%. Согласно оценкам, среднее поступление ПХД, ПХДД и ПХДФ в организм грудных детей с материнским молоком на 1–2 порядка величины ниже уровня, вызывающего отрицательные эффекты для здоровья. Риск воздействия находящихся в окружающей среде ПХД и диоксинов в антенатальный период может быть выше, чем воздействие через грудное молоко.

Высокие уровни диоксинов в грудном молоке отмечаются в некоторых районах Центральной Азии, особенно в регионе Аральского моря. В грудном молоке у матерей из сельскохозяйственных районов Казахстана зафиксированы концентрации ТХДД порядка 50 пг/г липидов. Эти величины более чем в 10 раз превышают уровни, обнаруженные в молоке шведских матерей (9).

ПХД и диоксины переносятся через плаценту, а также попадают в грудное молоко, и есть данные, свидетельствующие о том, что эти соединения могут вызывать эволюционную нейротоксичность. Тем не менее, хотя ребенком, находящимся на грудном вскармливании, могут быть поглощены относительно большие количества ПХД и диоксинов, такие отрицательные эффекты, которые бы перевешивали положительные воздействия грудного вскармливания на развитие ребенка, пока еще не установлены.

Суточные величины потребления ПХД и диоксинов (в пересчете либо на массу тела, либо на потребление энергии) грудными детьми, находящимися на грудном вскармливании, примерно на 1–2 порядка больше, чем у остального населения. Однако по сравнению с воздействием на протяжении всей жизни, за время 6-месячного периода грудного вскармливания в организме накапливается лишь 5% суммарной нагрузки ПХД. Согласно оценкам, грудное вскармливание не приводит к значительно более высоким концентрациям ПХД в жировой ткани грудного ребенка, несмотря на то, что именно в грудном

возрасте происходит самый быстрый рост количества жира в организме.

Матери, живущие в районах с высокой степенью загрязнения, таких, как некоторые районы Центральноазиатских республик, могут опасаться кормить своих детей грудью, боясь, что их дети будут получать загрязненное молоко. Чтобы уменьшить риск загрязнения, семьи могут предпочитать детские питательные смеси, но это может подвергнуть грудных детей еще большему риску из-за небезопасной в микробиологическом отношении воды и негигиеничных условий, которые могут привести к диспептическим заболеваниям.

### **Пищевые продукты**

Липофильный характер диоксинов приводит к их накоплению в жире мяса и молочных продуктах. Кроме того, значительным непосредственным источником диоксинов может быть поверхностное загрязнение растительных продуктов питания и почвы вследствие осаждения атмосферных выбросов.

Риск воздействия через грудное молоко намного меньше, чем риск, существующий в период внутриутробного развития. Поэтому меры по снижению и устранению риска должны быть нацелены на беременных женщин, которым необходимо снизить потребление загрязненных продуктов питания (10). Например, правительство Швеции рекомендует беременным женщинам и кормящим матерям, а также женщинам, собирающимся забеременеть, не есть рыбы из особенно загрязненных вод. Оно также рекомендует кормящим матерям не снижать резко массу тела, так как это может вызвать мобилизацию загрязняющих примесей, которые могут быть накоплены в жире (11).

### **Стратегии**

Экспертам в области здравоохранения и специалистам по охране окружающей среды следует продолжать рекомендовать грудное молоко за его пользу для физического и психического развития грудного ребенка. Кроме того, воздействие диоксинов можно существенно уменьшить такими методами, как срезание жира с мяса, потребление нежирных молочных продуктов и просто термообработка продуктов питания. Тем не менее, самым эффективным путем минимизации воздействия являются стратегии первичного предупреждения, нацеленные на

сокращение выбросов этих химических соединений в окружающую среду.

### **Нитраты, нитриты и метагемоглобинемия**

Токсичность нитрата для человека объясняется главным образом его превращением в нитрит путем восстановления. Нитрит особенно вреден для здоровья, так как он участвует в окислении гемоглобина в метагемоглобин, который не в состоянии переносить кислород к тканям. Вследствие их чувствительности к окисляющим веществам, грудные дети особенно чувствительны к действию таких ядов, как нитриты, и поэтому более восприимчивы к развитию метагемоглобинемии, чем дети более старшего возраста и взрослые. Вот почему большинство клинических случаев метагемоглобинемии приходится на грудных детей младше 3 месяцев.

Главным источником нитрата для детей является питьевая вода, и метагемоглобинемия часто возникает в тех случаях, когда грудные дети потребляли воду с высоким содержанием нитратов. Главной причиной повышения уровня нитратов в грунтовых водах является интенсификация сельского хозяйства. Нормативы качества воды по содержанию нитратов (< 50 мг/литр) или нитритов (< 3 мг/литр) представляются вполне достаточными для предохранения от метагемоглобинемии (12), однако в некоторых районах бывшего Советского Союза, включая республики Центральной Азии, в воде могут присутствовать гораздо более высокие уровни (13). Овощи и фрукты также могут содержать высокие концентрации нитратов: были сообщения о возникновении метагемоглобинемии после употребления пюре из шпината, морковного супа и сока домашнего приготовления.

### **Микотоксины: афлатоксин**

Сообщалось о присутствии афлатоксина в грудном молоке, коровьем молоке, детском питании на молочной основе и особенно в молочных продуктах в юго-восточной части Казахстана. Хотя и установлено, что концентрации афлатоксина в детских питательных смесях в большинстве стран находятся в пределах допустимых уровней, необходимо тщательно оценивать уровни содержания, так как даже очень малые количества афлатоксина могут отрицательно действовать на растущий организм грудного ребенка (6). Необходимо регулярно проводить анализ детских

питательных смесей промышленного производства для выявления возможной угрозы загрязнения афлатоксином (14). Грудное молоко безопаснее, чем детские питательные смеси промышленного производства, так как у них меньше риска загрязнения афлатоксином.

### **Пестициды: ДДТ и гексахлорбензол**

Накопление жирорастворимых пестицидов в жировой ткани грудных детей, в частности, накопление ДДТ и гексахлорбензола, которые могут присутствовать в пище и грудном молоке, может объясняться не только грудным вскармливанием, но и воздействием в период внутриутробного развития. ДДТ продолжает использоваться в Казахстане, Таджикистане и Туркменистане (15). Это жирорастворимое соединение, и в некоторых странах его заметные концентрации до сих пор отмечаются в свином, говяжьем и курином жире, а также в молоке и молочных продуктах (6). Применение гексахлорбензола в качестве фунгицида для обработки злаков привело к тому, что он вследствие своей жирорастворимости появился в молоке и молочных продуктах и в грудном молоке. В ходе обследования в Казахстане были установлены такие содержания гексахлорбензола в грудном молоке, которые относятся к наиболее высоким уровням, до сих пор отмеченным в литературе (16).

### **Радиоактивное облучение**

Во время аварии на Чернобыльской АЭС в атмосферу было выброшено большое число радионуклидов. К наиболее важным из них с точки зрения риска поглощения людьми относятся йод-131 (в течение короткого времени), цезий-134 и цезий-137 (6). Чернобыльская авария привела к увеличению числа случаев рака щитовидной железы у детей и детских гематологических заболеваний в Беларуси и в Московской области. Риск поступления в организм радиоактивного йода намного выше на фоне йодной недостаточности, поэтому следует предпринять активные усилия для снижения ее распространенности среди матерей и детей, чтобы тем самым снизить риск рака щитовидной железы, который отмечается после Чернобыля.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. TODD, E.C.D. Epidemiology of foodborne diseases: a worldwide review. *World health statistics quarterly*, **59**: 30–50 (1997).

2. MOTARJEMI, Y. & KÄFERSTEIN, F.K. Global estimation of foodborne diseases. *World health statistics quarterly*, **59**: 5–11 (1997).
3. *Health surveillance and management procedures for food-handling personnel: report of a WHO consultation*. Geneva, World Health Organization, 1989 (WHO Technical Report Series, No. 785).
4. ADAMS, M. & MOTARJEMI, Y. *Basic food safety for health workers*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/SDE/PHE/FOS/99.1).
5. Lead, cadmium and mercury. *In: Trace elements in human nutrition and health*. Geneva, World Health Organization, 1996.
6. WHO EUROPEAN CENTRE FOR ENVIRONMENT AND HEALTH. *Concern for Europe's tomorrow: health and the environment in the WHO European Region*. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 1995, pp. 241–276.
7. WHO EUROPEAN CENTRE FOR ENVIRONMENT AND HEALTH. *Levels of PCBs, PCDDs and PCDFs in human milk. Second round of WHO-coordinated exposure study*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document EUR/ICP/EHPM 02 03 05; Environmental Health in Europe, No. 3).
8. GRANDJEAN, P. ET AL., ED. *Assessment of health risks in infants associated with exposure to PCBs, PCDDs and PCDFs in breast milk. Report on a WHO Working Group*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (document EUR/ICP/CEH 533; Environmental Health Series, No. 29).
9. JENSEN, S. ET AL. Environment pollution and child health in the Aral Sea region in Kazakhstan. *Science of the total environment*, **206**: 187–193 (1997).
10. SCHUTZ, D. ET AL. *GEMS/Food International Dietary Survey: infant exposure to certain organochlorine contaminants from breast milk – a risk assessment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/FSF/FOS/98.4).
11. SLORACH, S. Measurements to reduce health risks from mercury and other chemical contaminants in fish. *Var föda*, **44**: 163–170 (1992).
12. *Guidelines for drinking-water quality*, 2nd ed. *Addendum to Vol. 2*. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/EOS/98.1), p. 63.
13. FAN, A.M. & STEINBERG, V.E. Health implications of nitrate and nitrite in drinking water: an update on methemoglobinemia occurrence and reproductive and developmental toxicity. *Regulatory toxicology and pharmacology*, **23**: 35–43 (1996).
14. AKSIT, S. ET AL. Aflatoxin: is it a neglected threat for formula-fed infants? *Acta paediatrica japonica*, **39**: 34–36 (1997).

- 
15. LEDERMAN, S.A. *Environmental contaminants and their significance for breastfeeding in the central Asian republics*. San Diego, CA, Wellstart International, 1993.
  16. HOOPER, K. ET AL. Analysis of breast milk to assess exposure to chlorinated contaminants in Kazakhstan: PCBs and organochlorine pesticides in southern Kazakhstan. *Environmental health perspectives*, **105**: 1254 (1997).

## **Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока и последующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения, имеющие отношение к данному вопросу**

### **МЕЖДУНАРОДНЫЙ СВОД ПРАВИЛ СБЫТА ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА<sup>1</sup>**

Государства-члены Всемирной организации здравоохранения,

подтверждая право каждого ребенка и каждой беременной и кормящей женщины на полноценное питание как средство достижения и поддержания здоровья;

признавая, что неправильное питание младенцев является частью более широкого круга проблем, обусловленных недостаточным уровнем образования населения, бедностью и социальной несправедливостью;

признавая, что охрана здоровья младенцев и детей раннего возраста не может рассматриваться изолированно от вопросов охраны здоровья и питания женщин, их социально-экономического положения и роли матери;

сознавая, что грудное вскармливание является наилучшим средством обеспечения идеального питания, необходимого для нормального роста и развития ребенка, что оно представляет собой уникальную биологическую и эмоциональную основу для здоровья как матери, так и ребенка, что противоионфекционные свойства грудного молока помогают защитить младенцев от болезней и что существует важная взаимосвязь между грудным вскармливанием и перерывами между беременностями;

---

<sup>1</sup> Пересмотренный вариант первоначального перевода 1981 г. (Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1981 г.) с учетом терминологических изменений за последние двадцать лет и, следовательно, необходимости уточнения ряда семантических и стилистических моментов.

признавая, что поощрение и защита грудного вскармливания являются важной частью мер в области здравоохранения, питания и других социальных действий, необходимых для нормального роста и развития младенцев и детей раннего возраста, и что грудное вскармливание представляет собой важный аспект первичной медико-санитарной помощи;

учитывая, что для тех случаев, когда матери не кормят грудью, полностью или частично, существует законный рынок детских смесей и соответствующих ингредиентов для их приготовления; что всем нуждающимся в подобном рода продуктах должна быть предоставлена возможность получать их через коммерческие и некоммерческие системы распространения; что их продажу и распространение необходимо осуществлять таким образом, чтобы это не препятствовало защите и развитию грудного вскармливания;

признавая, что неправильное кормление ведет к недостаточности питания у младенцев, способствуя росту детской заболеваемости и смертности во всех странах, и что неправильные методы сбыта заменителей грудного молока и аналогичных продуктов детского питания могут еще более затруднить решение этих важнейших проблем общественного здравоохранения;

будучи убежденными, что младенцы нуждаются в соответствующем прикорме, как правило, начиная с 4–6-месячного возраста, и что следует приложить все усилия, чтобы использовать для этой цели продукты местного производства, и в то же время полностью сознавая, что такой прикорм не должен использоваться в качестве заменителя грудного молока;

признавая, что существует ряд социальных и экономических факторов, оказывающих влияние на грудное вскармливание, и что в связи с этим правительствам следует разработать соответствующие системы социальной помощи в целях защиты, поддержки и поощрения грудного вскармливания, а также создать условия, способствующие распространению грудного вскармливания, обеспечивающие ему необходимую поддержку со стороны семьи и общества, и ограждающие матерей от влияния факторов, препятствующих кормлению грудью;

подтверждая, что системам медико-санитарной помощи, работникам здравоохранения надлежит принять на себя основную



ответственность за формирование навыков правильного кормления младенцев, пропаганду грудного вскармливания и содействие ему, а также последовательно и объективно разъяснять матерям и членам их семей важное значение и преимущества грудного вскармливания, а в случае необходимости – давать рекомендации относительно правильного использования детских смесей, изготовленных промышленным способом или в домашних условиях;

подтверждая далее необходимость привлечения учреждений системы просвещения и других социальных служб к участию в мероприятиях, направленных на защиту и поддержку грудного вскармливания и содействие надлежащему использованию прикорма;

сознавая, что семьям, обществу в целом, женским и другим неправительственным организациям принадлежит особая роль в содействии грудному вскармливанию и оказанию помощи, необходимой беременным женщинам и матерям младенцев и детей раннего возраста, независимо от того, кормят они грудью или нет;

подтверждая, что правительствам, учреждениям системы Организации Объединенных Наций, неправительственным организациям, специалистам в различных смежных областях, обществам потребителей и предприятиям-изготовителям следует сотрудничать в целях укрепления здоровья и улучшения питания матерей, младенцев и детей раннего возраста;

признавая, что правительствам следует осуществить целый ряд мер в области здравоохранения, питания, другие социально направленные действия в целях содействия нормальному росту и развитию младенцев и детей раннего возраста, и что данный Свод правил касается только одного аспекта указанных мер;

считая, что изготовители и распространители заменителей грудного молока призваны играть очень важную и конструктивную роль в решении вопросов, связанных с детским питанием, в пропаганде целей настоящего свода правил и надлежащем выполнении его положений;

подтверждая, что с учетом социальных и законодательных особенностей своих стран и в соответствии с задачами их общего развития, правительства призваны принять меры для

осуществления принципов и задач настоящего свода правил, включая введение законодательных, регламентирующих и других необходимых мер;

считая, в свете вышеизложенных соображений, что, вследствие особой уязвимости младенцев в первые месяцы жизни и в связи с опасностью, которой им грозит неправильная практика кормления, включая ненужное и неоправданное использование заменителей грудного молока, маркетинг заменителей грудного молока требует особого подхода, который не позволяет использовать обычные методы маркетинга для этих продуктов;

ПРИНИМАЯ ВО ВНИМАНИЕ ВСЕ ВЫШЕСКАЗАННОЕ,

государства-члены согласовали нижеследующие статьи, которые рекомендуются в качестве руководства к действию:

### **Статья 1. Цель свода правил**

Настоящий Свод правил призван способствовать обеспечению безопасного и полноценного питания младенцев путем защиты и пропаганды грудного вскармливания, правильного употребления заменителей грудного молока, в случаях необходимости, на основе адекватной информации и надлежащих методов маркетинга и распространения.

### **Статья 2. Сфера действия свода правил**

Свод правил регламентирует маркетинг и соответствующие виды деятельности, которые касаются следующих продуктов и товаров: заменителей грудного молока, включая детские смеси, других молочных продуктов питания и напитков, включая продукты для прикорма в бутылочках, которые каким-либо способом представлены для возможного использования, после дополнительной обработки и без таковой, в качестве полной или частичной замены грудного молока; бутылочек для детского питания и сосок. Настоящий Свод правил регламентирует также качество, доступность и информацию об использовании продуктов и товаров, указанных в настоящей статье.

### **Статья 3. Определения**

В настоящем своде правил определены:

“Заменитель грудного молока” – любой продукт, продаваемый на рынке или представленный каким-либо другим способом для

частичной или полной замены грудного молока независимо от того, пригоден ли он для этой цели или нет.

“Прикорм” – любые продукты питания, приготовленные промышленным способом или в домашних условиях, которые можно использовать в качестве дополнения к грудному молоку или детским смесям в тех случаях, когда каждый из этих видов питания становится недостаточным для удовлетворения питательных потребностей ребенка. Их также часто называют “продуктами, применяемыми в период отнятия ребенка от груди” или “добавками к грудному молоку”.

“Упаковка” – любая форма упаковки продуктов для продажи в качестве обычного розничного товара, включая обертку.

“Распространитель” – лицо, корпорация или любая другая организация в государственном или частном секторе, занимающиеся (непосредственно или через посредников) сбытом оптом или в розницу любого продукта, относящегося к сфере действия данного свода правил. “Основной распространитель” – агент (представитель) компании-изготовителя; лицо, занимающееся распространением этих продуктов в масштабе страны, брокер.

“Система здравоохранения” – правительственные, неправительственные или частные учреждения или организации, принимающие непосредственное или косвенное участие в оказании медико-санитарной помощи матерям, младенцам и беременным женщинам; ясли или любые детские учреждения. Под это определение подпадают также работники здравоохранения, занимающиеся частной практикой. В рамках настоящего свода правил в систему здравоохранения не включены аптеки и другие торговые точки.

“Работник здравоохранения” – лицо, работающее в системе здравоохранения, независимо от того, относится ли оно к категории профессиональных работников или нет, и лиц, работающих бесплатно, на добровольных началах.

“Детская смесь” – заменитель грудного молока, изготавливаемый на промышленной основе с соблюдением соответствующих стандартов Codex Alimentarius для удовлетворения нормальных потребностей в питании младенцев в возрасте до 4–6 месяцев и

адаптированный к их физиологическим особенностям. Детская смесь может быть также приготовлена в домашних условиях, и в этом случае её называют “смесью домашнего приготовления”.

“Этикетка” – любой ярлык, клеймо, знак, рисунок или какое-либо другое изображение или описание, сделанное от руки или по трафарету, отпечатанное типографским способом, поставленное с помощью штампа или клейма, а также путем теснения или каким-либо способом прикрепленное к упаковке (см. выше) любого продукта, относящегося к сфере действия данного свода правил.

“Изготовитель” – корпорация или любое предприятие в государственном или частном секторе, занимающееся производством (непосредственно или через агентов, а также посредников, находящихся под контролем данного предприятия или сотрудничающих с ним на договорных началах) продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил.

“Маркетинг” – продвижение, распространение, реклама и продажа продукта, все виды деятельности, направленной на повышение спроса на продукт, а также информационное обеспечение.

“Персонал, осуществляющий маркетинг” – любые лица, чья деятельность включает маркетинг продукта или продуктов, относящихся к сфере действия данного свода правил.

“Образцы” – отдельные экземпляры продуктов или небольшое их количество, предоставляемые бесплатно.

“Поставки” – определенные количества продукта, предназначенные для использования в течение длительного времени, предоставляемые бесплатно или по сниженным ценам, с определенными социальными целями, в частности, нуждающимся семьям.

#### **Статья 4. Информация и просвещение**

4.1 Правительствам следует нести ответственность за обеспечение семей и всех лиц, занимающихся проблемами питания младенцев и детей раннего возраста, объективной и последовательной информацией по данным проблемам. Такая ответственность предусматривает планирование, обеспечение,

разработку и распространение информации или контроль за деятельностью такого рода.

4.2 Информационные и учебные материалы по питанию младенцев, представленные в письменной, аудио- или визуальной форме и предназначенные для распространения среди беременных женщин и матерей младенцев и детей раннего возраста, должны содержать четкую информацию по следующим вопросам: (а) польза и преимущества грудного вскармливания; (б) питание матерей, подготовка их к кормлению грудью и меры по его поддержанию; (в) отрицательное влияние введения частичного кормления из бутылочек на грудное вскармливание; (г) трудности, возникающие при возврате к кормлению грудью; (д) правильное использование в случае необходимости детских смесей, выпускаемых на промышленной основе, а также приготовляемых в домашних условиях. Материалы, содержащие информацию об использовании детских смесей, должны также освещать социальные и финансовые аспекты их использования, предупреждать о вредном влиянии на здоровье нерационального питания и неадекватных методов кормления, в особенности, неправильного употребления детских смесей и других заменителей грудного молока. Такие материалы не должны содержать иллюстраций или текстов, идеализирующих применение заменителей грудного молока.

4.3 Изготовители или распространители могут передавать в дар информационные или учебные материалы или оборудование только по просьбе либо с одобрения соответствующих правительственных органов стран, полученных в письменной форме, или в рамках распоряжений, данных правительствами с этой целью. На таких материалах и оборудовании могут быть изображены название фирмы или её логотип, но не название торговой марки продуктов, относящихся к сфере действия Свода правил; такие материалы и оборудование могут распространяться только через систему здравоохранения.

## **Статья 5. Матери и население в целом**

5.1 Не должно быть рекламы или какого-либо другого способа продвижения к потребителям продуктов, относящихся к сфере действия настоящего Свода правил.

5.2 Изготовители и распространители продуктов, относящихся к сфере действия настоящего Свода правил, не

должны, непосредственно или через посредников, поставлять образцы своей продукции беременным женщинам, матерям или членам их семей.

5.3 В соответствии с пунктами 1 и 2 настоящей Статьи не должно быть рекламы в местах продажи, раздачи образцов или каких-либо других средств продвижения продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, непосредственно к потребителю с целью увеличения объема розничных продаж, используя, в частности, специальные витрины, дисконтные купоны, премии, специальные распродажи, продажи по сниженным ценам и в виде нагрузки. Это положение не должно ограничивать определение политики ценообразования и других мер, направленных на поставки продуктов по низким ценам на долгосрочной основе.

5.4 Изготовители и распространители не должны предоставлять беременным женщинам и матерям младенцев и детей раннего возраста каких-либо подарков в виде предметов или принадлежностей, которые могли бы способствовать применению заменителей грудного молока или кормлению из бутылочек.

5.5 Занятый в сфере сбыта персонал не должен в своем служебном качестве устанавливать, прямо или косвенно, контакты с беременными женщинами или матерями младенцев и детей младшего возраста.

## **Статья 6. Система здравоохранения**

6.1 Органы здравоохранения государств-членов должны принимать соответствующие меры для защиты и поощрения грудного вскармливания, для пропаганды и претворения в жизнь настоящего свода правил, а также разъяснять работникам здравоохранения их обязанности и обеспечивать соответствующими рекомендациями и информацией, включая положения Статьи 4.2.

6.2 Средства системы здравоохранения не должны использоваться для рекламирования детских смесей и других продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил. Однако это положение не исключает распространения информации среди работников здравоохранения, как предусмотрено Статьей 7.2.

6.3 Средства системы здравоохранения не должны использоваться для представления продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, постеров и рекламных объявлений с информацией о таких продуктах или для распространения материалов, предоставленных изготовителем или распространителем, кроме как в случаях, предусмотренных Статьей 4.3.

6.4 В системе здравоохранения не следует допускать использования услуг персонала типа “представителей специализированных служб”, “медсестер по уходу за детьми” или аналогичного персонала, предоставляемого или оплачиваемого изготовителями и распространителями.

6.5 Только работники здравоохранения и социальные работники имеют право при необходимости демонстрировать кормление с использованием детских смесей, изготовленных промышленным способом или в домашних условиях, причем только тем матерям и членам семей, которые вынуждены использовать эти смеси, а предоставляемая информация должна содержать точные сведения о возможном вреде от неправильного применения этих продуктов.

6.6 Допускается передача в качестве дара или продажа по низким ценам учреждениям или организациям детских смесей или других продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, как для использования в самих учреждениях, так и для распространения вне их. Такие продукты должны поставяться и использоваться только для тех детей, которые получают заменители грудного молока по необходимости. Если такие партии продуктов распространяются вне учреждений, то этим должны заниматься только соответствующие организации и ведомства. Изготовители и распространители не должны использовать получаемые в качестве дара или пожертвований продукты и продавать по сниженным ценам как способ стимулирования продаж продукции.

6.7 В тех случаях, когда предоставляемые в качестве дара поставки детских смесей и других продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, распространяются вне учреждений, данные учреждения и организации должны принять меры, обеспечивающие поставки этих продуктов до тех

пор, пока они необходимы детям, для которых предназначены. Доноры, а равно и соответствующие учреждения и организации, должны помнить об этой обязанности.

6.8 На материалах и оборудовании, в дополнение к упомянутым в Статье 4.3, передаваемых в качестве дара или пожертвований учреждениям системы здравоохранения, могут стоять название компании или её логотип, но не название торговой марки продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил.

## **Статья 7. Работники здравоохранения**

7.1 Работники здравоохранения должны защищать и поощрять грудное вскармливание, а те из них, кто непосредственно занимается вопросами питания матерей и детей, должны знать свои обязанности, предусмотренные настоящим Сводом правил, включая положения Статьи 4.2.

7.2 Информация о продуктах, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, предоставляемая изготовителями и распространителями работникам здравоохранения, должна быть ограничена научными и фактическими данными; такая информация не должна подразумевать или создавать впечатления, что искусственное вскармливание равноценно грудному вскармливанию или даже превосходит его. Информация должна также содержать сведения, определенные Статьей 4.2 настоящего свода правил.

7.3 Изготовители и распространители продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, не должны предлагать работникам здравоохранения или членам их семей никакого вознаграждения в денежной или какой-либо иной форме за продвижение своей продукции, а работники здравоохранения и члены их семей не должны принимать такое вознаграждение.

7.4 Образцы детских смесей и других продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, а также оборудования и принадлежностей для их приготовления или использования могут быть предоставлены работникам здравоохранения лишь в тех случаях, когда это необходимо для профессиональной оценки или научных исследований на уровне



учреждения. Работники здравоохранения не должны предоставлять образцы детских питательных смесей беременным женщинам, матерям младенцев и детей раннего возраста или членам их семей.

7.5 Изготовители и распространители продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, обязаны информировать учреждение, в котором работает представитель здравоохранения, о любых вознаграждениях, полученных им лично, а также предоставленных стипендиях, грантах на научные исследования, учебно-ознакомительных поездках, участии в конференциях и тому подобное. Сам работник здравоохранения должен также предоставлять такую информацию администрации по месту работы.

## **Статья 8. Персонал компаний изготовителей/распространителей**

8.1 При поощрении персонала, занимающегося маркетингом продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, при начислении премии не должен учитываться объем продаж продукции, а также не следует устанавливать специальные квоты при продаже этих продуктов. Данное положение не должно пониматься как запрет на выплату премий за общую реализацию компанией других продуктов, представленных ею на рынке.

8.2 Персонал, занимающийся маркетингом продуктов, относящихся к сфере действия свода правил, не должен в рамках своих должностных обязанностей проводить просветительную работу среди беременных женщин и матерей младенцев и детей раннего возраста. Данное положение не должно пониматься как запрет на выполнение таким персоналом других функций в системе здравоохранения по требованию или с письменного одобрения соответствующих правительственных органов.

## **Статья 9. Требования к этикеткам**

9.1 Этикетки должны содержать необходимую информацию о правильном использовании продукта, и не создавать при этом никаких препятствий для кормления грудью.

9.2 Изготовители и распространители детских смесей должны обеспечить наличие на каждой упаковке или этикетке,

которую нельзя целиком отделить от упаковки, четкой, яркой, удобочитаемой и понятной напечатанной надписи, содержащей следующие положения: (а) слова “важное примечание” или эквивалентные им; (б) указание на преимущество грудного вскармливания; (в) указание на необходимость использования продукта только по рекомендации работника здравоохранения для определения такой необходимости и правильного метода использования продукта; (г) инструкция по правильному приготовлению продукта и предупреждение о возможном вреде для здоровья при неправильном приготовлении. Ни на упаковке, ни на этикетке не могут присутствовать изображения младенцев, а также другие картинки и тексты, идеализирующие использование детской смеси. Разрешены при этом графические изображения для легкой идентификации продукта как заменителя грудного молока, а также для иллюстрации способов приготовления продукта. Не должны употребляться термины: “приближенное по составу к женскому молоку”; “подобное материнскому” и другие, подобные им. Вкладыши с дополнительной информацией о продукте и его правильном использовании, соответствующей вышеуказанным положениям, могут быть вложены в упаковку. Вышеуказанные положения должны соблюдаться и в случаях, когда этикетки содержат инструкции о продуктах, требующих обработки для получения детской смеси.

9.3 На этикетках продуктов питания, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, представленных на рынке в качестве питания для младенцев и отвечающих всем требованиям, предъявляемым к детским смесям, должно быть предупреждение, что без дополнительной обработки данный продукт не может быть единственным источником питания младенцев. Поскольку сладкое сгущенное молоко непригодно для питания младенцев и не должно использоваться в качестве одного из ингредиентов детских смесей, определено, что его этикетка не должна содержать инструкций, предполагающих возможное использование такого молока после дополнительной обработки для этих целей.

9.4 Этикетки продуктов, относящихся к сфере действия настоящего свода правил, должны содержать также все нижеследующие положения: (а) используемые ингредиенты; (б) состав/анализ продукта; (в) необходимые условия хранения; (г) номер серии и срок годности продукта с учетом климата и условий хранения в конкретной стране.

**Статья 10. Требования к качеству продуктов**

10.1 Качество продуктов является одним из важнейших элементов защиты здоровья младенцев, поэтому стандарты качества должны быть высокими и общепризнанными.

10.2 Продукты питания, относящиеся к сфере действия настоящего Свода правил, при их продаже или каком-либо еще способе распространения, должны отвечать стандартам, рекомендованным Комиссией Codex Alimentarius, а также Своду правил Codex Alimentarius по гигиене пищевых продуктов для младенцев и детей.

**Статья 11. Введение в действие и контроль за выполнением**

11.1 Для претворения в жизнь принципов и целей настоящего Свода правил правительства должны, с учетом социальных и законодательных особенностей своих стран, предпринять определенные действия, включая принятие национального законодательства, нормативных актов или других соответствующих мер. Для выполнения этих задач правительствам следует стремиться, по мере необходимости, сотрудничать с ВОЗ, ЮНИСЕФ и другими специализированными учреждениями Организации Объединенных Наций. Направления национальной политики и законодательные инициативы, включая принятие законов и регулирующих актов, направленных на претворение в жизнь принципов и задач настоящего Свода правил, должны быть преданы гласности и распространяться на единой основе на все структуры, занятые в производстве и маркетинге продуктов, относящихся к сфере действия настоящего Свода правил.

11.2 Контроль за соблюдением настоящего Свода правил осуществляется правительствами, действующими индивидуально или коллективно, в рамках Всемирной организации здравоохранения, как предусмотрено пунктами 6 и 7 данной Статьи. Изготовители и распространители продуктов, относящихся к сфере действия настоящего Свода правил, соответствующие неправительственные организации, профессиональные объединения и организации потребителей должны сотрудничать с правительствами с этой целью.

11.3 Независимо от любых других мер, предпринимаемых для претворения в жизнь положений данного Свода правил, изготовители и распространители продуктов, относящихся к сфере

действия настоящего Свода правил, должны сознавать свою ответственность и осуществлять контроль за маркетингом своей продукции в соответствии с принципами и задачами данного Свода правил и за принятием мер, обеспечивающих подчинение им своей деятельности на всех уровнях.

11.4 Все заинтересованные стороны (неправительственные организации, профессиональные объединения, учреждения, отдельные лица) обязаны обращать внимание изготовителей и распространителей на любую деятельность, несовместимую с принципами и задачами настоящего Свода правил, с тем чтобы были приняты соответствующие меры. Соответствующие правительственные органы должны быть информированы об этом.

11.5 Изготовители и основные распространители продуктов, относящихся к сфере действия настоящего Свода правил, должны ознакомить весь персонал, занимающийся маркетингом, с положениями Свода правил и с соответствующими возложенными на него, согласно требованиям Свода, обязанностями.

11.6 В соответствии со Статьей 62 Устава Всемирной организации здравоохранения государства-члены должны ежегодно предоставлять Генеральному директору информацию о мерах, принимаемых для соблюдения положений и выполнения задач настоящего Свода правил.

11.7 Генеральный директор каждый четный год представляет отчет Всемирной ассамблее здравоохранения отчет о выполнении положений Свода правил и обеспечивает, по просьбе государств-членов, техническую поддержку в подготовке национального законодательства или регламентирующих правовых актов, а также других соответствующих мер по претворению в жизнь и консолидации принципов и целей настоящего Свода правил.

## **ПОСЛЕДУЮЩИЕ РЕЗОЛЮЦИИ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К ДАННОМУ ВОПРОСУ**

### **Резолюция WHA33.32 (1980 г.): Питание детей грудного и раннего возраста**

Тридцать третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая о резолюции WHA27.43 Двадцать седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, озаглавленной “Детское питание и грудное вскармливание”; резолюции WHA31.47, в которых, в частности, вновь подтверждается, что грудное вскармливание является идеальным видом вскармливания для гармоничного физического и психосоциального развития ребенка и что правительства и Генеральный директор должны принять срочные меры для активизации деятельности по поощрению грудного вскармливания, а также по приготовлению и использованию детского питания из местных продуктов для грудных детей и что государствам-членам необходимо срочно пересмотреть мероприятия по рекламе продуктов питания для детей и принять соответствующие корректирующие меры, включая своды правил для рекламы и законодательство в области рекламы, а также принять соответствующие вспомогательные социальные меры в интересах матерей, работающих в период лактации вне дома;

напоминая далее о резолюциях WHA31.55 и WHA32.42, в которых особо указывается на значение охраны здоровья матери и ребенка как одного из основных компонентов первичной медико-санитарной помощи, имеющего первостепенное значение для достижения здоровья для всех к 2000 г.;

признавая наличие тесной взаимосвязи между питанием детей грудного и раннего возраста, а также социальным и экономическим развитием и необходимости принятия со стороны правительств срочных мер по улучшению здоровья и питания детей грудного и раннего возраста и их матерей, *inter alia*, через санитарное просвещение, подготовку специалистов и информацию в этой области;

отмечая тот факт, что в состоявшемся с 9 по 12 октября 1979 г. совместном совещании ВОЗ/ЮНИСЕФ по вопросу питания детей грудного и раннего возраста приняли участие представители правительств, учреждений системы Организации Объединенных Наций и технических учреждений, неправительственных организаций, работающих в данной области, промышленных предприятий, производящих продукты детского питания, а также другие ученые, работающие в этой сфере;

1. **ОДОБРЯЕТ** полностью принятые этим совместным совещанием заявление и рекомендации по вопросам поощрения

и поддержания грудного вскармливания, развития и поддержания правильных методов отнятия от груди, дальнейшего развертывания работы по санитарному просвещению, подготовке кадров и информационному обеспечению, улучшению здоровья и социального положения женщин в связи с питанием детей грудного и раннего возраста, а также соответствующих методов сбыта и распределения заменителей грудного молока. Кроме того, в этом заявлении и этих рекомендациях полная ответственность в этой области возлагается на службы и кадры здравоохранения, национальные руководящие органы, женские и другие неправительственные организации, учреждения системы Организации Объединенных Наций и промышленные предприятия, производящие продукты детского питания, и подчеркивается важность разработки странами последовательной политики в области пищевых продуктов и питания и необходимость обеспечения беременных и кормящих женщин адекватным питанием. Совместное совещание приняло также рекомендацию о том, что “следует выработать международные нормы сбыта детских питательных смесей и других продуктов, используемых в качестве заменителей грудного молока. Это следует делать при содействии как экспортирующих, так и импортирующих стран и при соблюдении этих норм всеми изготовителями ВОЗ/ЮНИСЕФ предлагается организовать процесс разработки данных норм с привлечением всех заинтересованных сторон, с тем чтобы как можно скорее прийти к определенному соглашению”;

2. ПРИЗНАЕТ значение проведенной Всемирной организацией здравоохранения и ЮНИСЕФ работы по выполнению этих рекомендаций, а также подготовительной работы по составлению проекта Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока;

3. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ страны, которые еще не сделали этого, рассмотреть и выполнить рекомендации, содержащиеся в резолюциях WHA27.43 и WHA32.42;

4. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ женские организации организовать широкие кампании по распространению информации в поддержку грудного вскармливания и других здоровых привычек;

## 5. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) осуществлять сотрудничество с государствами-членами по их просьбе в том, что касается контроля или организации контроля качества продуктов детского питания на стадии их производства в данной стране, а также на этапе импортирования и сбыта;

(2) развивать и поддерживать обмен информацией о законах, правилах и других мерах по регулированию сбыта заменителей грудного молока;

## 6. ПРЕДЛАГАЕТ ДАЛЕЕ Генеральному директору интенсифицировать мероприятия по содействию выполнению рекомендаций совместного совещания ВОЗ/ЮНИСЕФ и, в частности:

(1) продолжать работу по поощрению грудного вскармливания, а также правильного дополнительного питания и методов отнятия от груди, как одной из предпосылок роста и развития здорового ребенка;

(2) усилить координацию деятельности с другими международными учреждениями, а также учреждениями, сотрудничающими на двусторонней основе, с целью мобилизации необходимых ресурсов для поощрения и содействия деятельности по приготовлению детских продуктов питания на основе местных продуктов в странах, нуждающихся в таком содействии, и осуществлять сбор и распространение информации относительно методов дополнительного питания и отнятия от груди, которые успешно применяются в различной культурной среде;

(3) усилить деятельность в области санитарного просвещения, подготовки персонала и информации по вопросам питания детей грудного и раннего возраста, в частности, посредством подготовки учебных и других руководств для работников первичной медико-санитарной помощи в различных районах и странах;

(4) подготовить международный свод правил сбыта заменителей грудного молока при непосредственной

консультации с государствами-членами и другими заинтересованными сторонами, в том числе научными работниками и другими экспертами, сотрудничество с которыми может оказаться необходимым, с учетом того, что:

- (a) сбыт заменителей грудного молока и детских питательных смесей должен рассматриваться в рамках проблемы питания детей грудного и раннего возраста в целом;
- (b) цель свода должна заключаться в том, чтобы способствовать обеспечению безопасного и достаточного питания детей грудного и раннего возраста и, в частности, поощрению грудного вскармливания и обеспечению при необходимости правильного использования на основе соответствующей информации заменителей грудного молока;
- (c) свод правил должен основываться на имеющихся знаниях в области детского питания;
- (d) в своде правил должны соблюдаться, *inter alia*, следующие принципы:
  - (i) производство, хранение и распределение, а также реклама продуктов детского питания должны регулироваться национальным законодательством или соответствующими правилами;
  - (ii) система медико-санитарной помощи той страны, где потребляется данный продукт, должна представлять соответствующую информацию о питании младенцев;
  - (iii) продукты должны отвечать международным стандартам качества и внешнего вида, в частности стандартам, разработанным Комиссией Codex Alimentarius, и сопровождаться четкими данными о превосходстве грудного вскармливания;

(5) представить этот свод Шестьдесят седьмой сессии Исполнительного комитета для рассмотрения и передачи его вместе с рекомендациями Исполкома Тридцать четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения одновременно



с предложениями по распространению и практическому применению этого свода либо в виде правил в соответствии со статьями 21 и 22 Устава Всемирной организации здравоохранения, либо в виде рекомендаций, в соответствии со статьей 23, указав на юридические и другие последствия того или другого выбора;

(6) провести пересмотр существующего законодательства в плане поощрения и поддержки грудного вскармливания, особенно среди работающих матерей в различных странах, и расширить возможности Организации по сотрудничеству и разработке такого законодательства с государствами-членами по их просьбе;

(7) представить Тридцать четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1981 г. и в последующем в четные годы доклад о мерах, предпринятых ВОЗ по развитию грудного вскармливания и улучшению питания детей грудного возраста вместе с оценкой эффективности всех мер, предпринятых ВОЗ и государствами-членами.

#### **Резолюция WHA34.22 (1981 г.): Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока**

Тридцать четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

признавая важность правильного питания грудных детей и детей раннего возраста для будущего здоровья и развития ребенка и взрослого человека;

напоминая, что грудное вскармливание является единственным естественным способом вскармливания грудных детей и что эта практика должна активно охраняться и получать поддержку во всех странах;

считая, что правительства государств-членов несут большую ответственность и должны играть первостепенную роль в охране и поощрении практики грудного вскармливания как средства улучшения здоровья грудных детей и детей раннего возраста;

сознавая прямое и косвенное воздействие рыночной практики сбыта заменителей грудного молока на питание грудных детей;

полагая, что охрана и поощрение правильного вскармливания грудных детей, включая регулирование сбыта заменителей грудного молока, оказывают непосредственное и глубокое влияние на здоровье грудных детей и детей раннего возраста и в этой связи представляют собой проблему, в которой ВОЗ непосредственно заинтересована;

рассмотрев проект Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, подготовленный Генеральным директором и направленный ей Исполнительным комитетом;

выражая благодарность Генеральному директору и Директору-распорядителю Детского фонда Организации Объединенных Наций за предпринятые меры по обеспечению непосредственных консультаций с государствами-членами и со всеми заинтересованными странами и деле подготовки проекта Международного свода правил;

рассмотрев в этой связи рекомендацию, сделанную Исполнительным комитетом на его Шестидесят седьмой сессии;

подтверждая резолюцию WHA33.32 и, в частности, полностью одобряя заявление и рекомендации Объединенного совещания ВОЗ/ЮНИСЕФ по питанию грудных детей и детей раннего возраста, состоявшегося 9–12 октября 1979 г.;

отмечая, что принятие и выполнение Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока является минимальным требованием и лишь одной из важных мер, необходимых для обеспечения правильного питания грудных детей и детей раннего возраста;

1. **ОДОБРЯЕТ** с учетом положений статьи 23 Устава Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока, прилагаемый к настоящей резолюции;

2. **ПРИЗЫВАЕТ** все государства-члены:

(1) оказать полную и единодушную поддержку выполнению рекомендаций Объединенного совещания ВОЗ/ЮНИСЕФ по

питанию грудных детей и детей раннего возраста и положений Международного свода в целом, что будет служить выражением коллективной воли членов Всемирной организации здравоохранения;

(2) обеспечить воплощение принципов Международного свода правил в национальных законодательствах, правилах и других соответствующих нормативных документах;

(3) обеспечить привлечение всех заинтересованных социальных и экономических секторов и других заинтересованных сторон к выполнению Международного свода правил и соблюдению его положений;

(4) контролировать выполнение положений Свода правил;

3. ПОСТАНОВЛЯЕТ, что последующие действия и обзор мер по выполнению настоящей резолюции будут осуществляться региональными комитетами, Исполнительным комитетом и Ассамблеей здравоохранения в соответствии с положениями резолюции WHA33.17;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Комиссии Codex Alimentarius, ФАО/ВОЗ рассмотреть во всем его объеме вопрос о том, какие действия в рамках своих полномочий она может предпринять для повышения стандартов качества продуктов детского питания, а также для оказания поддержки и содействия выполнению Международного свода правил;

5. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) оказывать всевозможную помощь государствам-членам в тот момент и в той форме, в какой она им потребуется, в выполнении Международного свода правил, особенно в подготовке национального законодательства и других нормативных актов в этой области в соответствии с подпунктом 6(6) постановляющей части резолюции WHA33.32;

(2) использовать все имеющиеся у него возможности для дальнейшего сотрудничества со всеми заинтересованными сторонами в деле выполнения и контроля за выполнением

Международного свода правил на национальном, региональном и глобальном уровнях;

(3) представить Тридцать шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения отчет о состоянии дел в области соблюдения и выполнения свода правил на национальных, региональных и глобальном уровнях;

(4) на основе выводов отчета о положении дел представить в случае необходимости предложения по пересмотру текста свода правил, а также по мерам, необходимым для его эффективного применения на практике.

### **Резолюция WHA35.26 (1982 г.): Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока**

Тридцать пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая о резолюции WHA33.32 о питании детей грудного и раннего возраста и резолюции WHA34.22, которая одобрила Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока;

отдавая себе отчет в том, что грудное вскармливание является идеальным методом кормления грудных детей и что его следует поощрять и защищать во всех странах;

выражая свою обеспокоенность тем, что неправильное вскармливание детей грудного возраста приводит к большей распространенности случаев детской смертности, недостаточного питания и других болезней, особенно в условиях бедности и несоблюдения гигиенических требований;

признавая, что коммерческий сбыт заменителей грудного молока для детей грудного возраста содействовал более широкому распространению искусственного вскармливания;

напоминая, что Тридцать четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения одобрила Международный свод правил, призванный, *inter alia*, регулировать вопросы, связанные с указанной рыночной практикой;

отмечая, что, хотя многие государства-члены предприняли некоторые меры по улучшению положения с питанием детей грудного и раннего возраста, число государств-членов, которые приняли и придерживаются Международного свода правил в качестве “минимального требования” и выполняют его “в целом” в соответствии с содержащимся в резолюции WHA34.22 призывом, является незначительным;

1. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** государства-члены вновь обратить внимание на необходимость принятия национального законодательства, предписаний или проведения других соответствующих мероприятий для осуществления Международного свода правил;

2. **ПРЕДЛАГАЕТ** Генеральному директору:

(1) разработать и координировать комплексную программу действия по поддержке государств-членов в их усилиях, направленных на выполнение Свода и осуществления контроля за его эффективностью;

(2) оказывать поддержку и представлять рекомендации государствам-членам по мере получения от них соответствующих заявок для обеспечения того, чтобы принимаемые ими меры соответствовали духу и букве Международного свода правил;

(3) провести в сотрудничестве с государствами-членами перспективные обследования, включая анализ статистических данных о существующей в разных странах практике вскармливания детей грудного и раннего возраста, в особенности касающихся распространенности практики грудного вскармливания и его продолжительности.

### **Резолюция WHA37.30 (1984 г.): Питание детей грудного и раннего возраста**

Тридцать седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая о резолюциях WHA27.43, WHA31.47, WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, касающихся питания детей грудного раннего возраста;

признавая, что выполнение Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока является одной из важных мер, необходимых для обеспечения правильного питания детей грудного и раннего возраста;

напоминая об обсуждении вопроса о питании детей грудного и раннего возраста на Тридцать шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, участники которой пришли к выводу, что в то время еще было преждевременным производить пересмотр Международного свода правил;

рассмотрев доклад Генерального директора и с интересом отмечая его содержание;

отдавая себе отчет в том, что многие продукты, непригодные для питания детей, распространяются в этих целях во многих районах мира, и что некоторые из этих продуктов распространяются для потребления детьми в слишком раннем возрасте, что может нанести вред здоровью детей грудного и раннего возраста;

1. **ОДОБРЯЕТ** доклад Генерального директора;

2. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** государства-члены ВОЗ, неправительственные организации и другие заинтересованные стороны продолжать осуществление мер для улучшения питания детей грудного и раннего возраста, делая особый упор на употребление местных продуктов питания;

3. **ПРЕДЛАГАЕТ** Генеральному директору:

(1) продолжать и расширять сотрудничество с государствами-членами в их усилиях по осуществлению и мониторингу Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и в качестве важной меры на национальном уровне;

(2) оказывать помощь государствам-членам в рассмотрении вопросов, связанных с содействием сбыту и использованием продуктов питания, непригодных для детей грудного и раннего возраста, и содействия соответствующего использованию продуктов детского питания;

(3) доложить Тридцать девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения о ходе работы по осуществлению этой резолюции, вместе с рекомендациями по любым другим мерам, необходимым для дальнейшего улучшения практики питания детей грудного и раннего возраста.

### **Резолюция WHA39.28 (1986 г.): Питание детей грудного и раннего возраста**

Тридцать девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая о резолюциях WHA27.43, WHA31.47, WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26 и WHA37.30 по вопросам питания детей грудного и раннего возраста;

рассмотрев доклад о ходе и оценке работы в области питания детей грудного и раннего возраста;

признавая, что соблюдение Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока является одним из важных факторов, обеспечивающих здоровое питание детей грудного и раннего возраста во всех странах;

признавая, что на сегодняшний день, пять лет спустя после принятия Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, многими государствами-членами проделана существенная работа по его соблюдению, но что тем не менее многие продукты, непригодные для детского питания, рекламируются и используются с этой целью и что поэтому необходимо продолжать постоянные и согласованные усилия в целях обеспечения полного соблюдения Международного свода правил, а также прекращения сбыта непригодных продуктов и необоснованной рекламы заменителей грудного молока;

отмечая с большим удовлетворением Руководящие принципы, касающиеся основных здравоохранительных и социально-экономических условий, при которых детей грудного возраста приходится кормить заменителями грудного молока, в контексте пункта 6 статьи 6 Международного свода правил;

отмечая далее положения пункта 47 Руководящих принципов, что “поскольку подавляющее большинство детей, родившихся в родильных отделениях и родильных домах, появляются на свет доношенными, им не требуется никакого другого питания, кроме молозива, в течение первых 24–48 часов жизни - обычный период времени, в течение которого роженица с ребенком бывают госпитализированы. Для удовлетворения потребностей меньшей части новорожденных в этих учреждениях требуются весьма незначительные количества заменителей грудного молока, и они должны обеспечиваться таким образом, чтобы не мешать сохранению и распространению практики вскармливания грудью большинства детей”;

1. ОДОБРЯЕТ доклад Генерального директора;

2. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) соблюдать Международный свод правил, если они еще не делают этого;

(2) обеспечивать, чтобы практика и методы, применяемые в их системах здравоохранения, соответствовали принципам и цели Международного свода правил;

(3) обеспечивать наиболее полное использование всех заинтересованных сторон – профессиональных органов здравоохранения, неправительственных организаций, организаций потребителей, изготовителей и агентов по сбыту в сохранении и распространении практики грудного вскармливания и в особенности в соблюдении Международного свода правил и контроле за выполнением его положений;

(4) стремиться к установлению сотрудничества с фирмами-изготовителями и агентами по сбыту продуктов в рамках статьи 2 Свода правил в предоставлении всей информации, которая считается необходимой для контроля за соблюдением Международного свода правил;

(5) предоставлять Генеральному директору полную и подробную информацию о соблюдении Международного свода правил;



(6) обеспечивать небольшие количества заменителей грудного молока, необходимого для меньшей части детей, которые должны получать их в родильных отделениях и родильных домах с помощью обычных каналов поставок, а не за счет бесплатных или субсидированных поставок;

### 3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) предложить упрощенную и унифицированную форму отчетности для использования государствами-членами с целью облегчения контроля и оценки своих действий по соблюдению Свода правил и представления докладов в ВОЗ, а также подготовки ВОЗ сводного отчета по каждой из статей Свода правил;

(2) обратить особое внимание государств-членов и других заинтересованных сторон на то, что:

(a) любое питание или питье, которые даются ребенку до возникновения потребности в дополнительном питании, могут помешать началу и продолжению грудного вскармливания и поэтому их использование для питания детей в этот период не должно рекламироваться или поощряться;

(b) существующая в некоторых странах практика кормления детей грудного возраста молочными смесями специального состава (так называемыми дополнительными молочными смесями) не является необходимой.

## **Резолюция WHA41.11 (1988 г.): Питание детей грудного и раннего возраста**

Сорок первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад Генерального директора о питании детей грудного и раннего возраста;

напоминая о резолюциях WHA33.32, WHA34.22 и WHA39.28 о вскармливании и питании детей грудного и раннего возраста, а также о резолюции WHA37.18 и WHA39.31 о профилактике и

борьбе с недостаточностью витамина А и ксерофтальмией, а также о болезнях, вызываемых недостатком йода;

будучи озабоченной сохранением тенденции к сокращению практики грудного вскармливания во многих странах и будучи исполненной решимости выявить и ликвидировать препятствия, мешающие грудному вскармливанию;

осознавая, что надлежащему питанию детей грудного и раннего возраста может способствовать дальнейшее расширение участия государств, общества и семьи;

1. **ОДОБРЯЕТ** усилия правительств, женских организаций, профессиональных ассоциаций, групп потребителей и других неправительственных групп, а также пищевой промышленности, направленные на содействие надлежащему питанию детей грудного и раннего возраста, и поощряет их поддерживать в сотрудничестве с ВОЗ национальные меры по координации программ питания и практической деятельности на уровне стран с целью улучшения состояния здоровья и питания женщин и детей;

2. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** государства-члены:

(1) разработать или активизировать национальные программы в области питания, включая применение многосекторального подхода в целях улучшения состояния здоровья и питания своего населения, особенно детей грудного и раннего возраста;

(2) обеспечить, если они еще не сделали этого, такую практику и процедуры, которые отвечали бы целям и принципам Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока;

3. **ПРЕДЛАГАЕТ** Генеральному директору продолжать сотрудничество с государствами-членами через региональные бюро ВОЗ и в сотрудничестве с другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций, в первую очередь ФАО и ЮНИСЕФ, в области:

(1) выявления и оценки основных проблем питания и пищевого рациона, разработки национальных стратегий по их решению,

использования этих стратегий, а также контроля и оценки их эффективности;

(2) создания эффективных систем надзора за состоянием питания в целях обеспечения надлежащего учета всех основных компонентов, которые в совокупности определяют состояние питания;

(3) сбора, анализа, обработки и использования полученной ими информации о состоянии питания всего населения;

(4) контроля, в сочетании с другими показателями здоровья матери и ребенка, за изменениями в распространенности и продолжительности полного грудного вскармливания и с прикармливанием в целях повышения показателей грудного вскармливания;

(5) разработки рекомендаций по пищевому рациону, включая своевременное прикармливание и надлежащую практику отнятия от груди, которые соответствовали бы национальным условиям;

(6) оказания юридической и технической помощи по просьбам государств-членов в подготовке и/или осуществлении национальных сводов правил по сбыту заменителей грудного молока или аналогичных документов;

(7) планирования и осуществления совместных исследований по оценке воздействия мер, принимаемых для содействия расширению грудного вскармливания и улучшения питания детей в государствах-членах.

### **Резолюция WHA43.3 (1990 г.): Защита, пропаганда и поддержка грудного вскармливания**

Сорок третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая резолюции WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28 и WHA41.11 о кормлении и питании детей грудного и раннего возраста;

рассмотрев доклад Генерального директора о питании детей грудного и раннего возраста;

подтверждая уникальные биологические свойства грудного молока с точки зрения защиты от инфекций, стимулирования развития собственной иммунной системы ребенка и ограничения развития определенных видов аллергии;

напоминая о том, что грудное вскармливание оказывает положительное воздействие на физическое и эмоциональное здоровье матери, включая его существенное влияние на интервалы между родами;

будучи убежденной в важном значении охраны практики грудного вскармливания среди тех групп и категорий населения, где эта практика остается нормой вскармливания грудного ребенка, поощрения ее там, где она не является таковой, посредством предоставления соответствующей информации и поддержки, а также признания особых потребностей работающих женщин;

признавая ключевую роль в сохранении и поощрении практики грудного вскармливания, которую играют работники здравоохранения, особенно медицинские сестры, акушерки и работники, занятые в программах охраны здоровья матери и ребенка и планирования семьи, а также значение консультативной помощи и поддержки, обеспечиваемых группами матерей;

признавая тот факт, что вопреки резолюции WHA39.28 в больницы и родильные дома продолжают поставлять бесплатно или по сниженной цене заменители грудного молока, что оказывает неблагоприятное воздействие на практику грудного вскармливания;

вновь выражая озабоченность в связи со снижающейся распространенностью и длительностью грудного вскармливания во многих странах;

1. БЛАГОДАРИТ Генерального директора за его доклад;
2. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) сохранять и поощрять практику грудного вскармливания как существенный компонент их общей политики и программ в

области продовольствия и питания в интересах женщин и детей, с тем чтобы обеспечить возможность всем женщинам вскармливать своих детей исключительно грудным молоком в течение первых 4–6 месяцев жизни ребенка;

(2) поощрять практику грудного вскармливания, уделяя должное внимание алиментарным и эмоциональным потребностям матерей;

(3) продолжать осуществлять контроль за распространённостью и характером грудного вскармливания, включая традиционные установки и существующую практику;

(4) обеспечивать соблюдение существующего или принятие нового законодательства об охране материнства или проводить другие соответствующие меры, которые будут поощрять и облегчать практику грудного вскармливания среди работающих женщин;

(5) обратить внимание всех тех, кто связан с планированием и обеспечением акушерских служб, на универсальные принципы, подтвержденные в совместном заявлении ВОЗ/ЮНИСЕФ о грудном вскармливании и акушерских службах, опубликованном в 1989 г.;

(6) обеспечивать полное отражение в национальной политике и деятельности в области здравоохранения и питания принципов и цели Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, а также рекомендаций резолюций WHA39.28 в сотрудничестве с профессиональными ассоциациями, женскими организациями, потребительскими и другими неправительственными группами и с пищевой промышленностью;

(7) обеспечить осуществление семьями наиболее целесообразного выбора в отношении детского питания, а также оказание необходимой поддержки со стороны системы здравоохранения;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и другими соответствующими международными и двусторонними учреждениями:

(1) настоятельно призвать государства-члены принять эффективные меры для выполнения рекомендаций, содержащихся в резолюции WHA39.28;

(2) продолжать обзор региональных и глобальных тенденций в практике грудного вскармливания, включая взаимосвязь между грудным вскармливанием и продолжительностью интервалов между родами;

(3) оказывать государствам-членам по их просьбам поддержку в принятии мер для улучшения питания детей грудного и раннего возраста, в том числе посредством сбора и распространения информации о соответствующих национальных мероприятиях, представляющих интерес для всех государств-членов, а также мобилизовать технические и финансовые ресурсы в этих целях.

**Резолюция WHA45.34 (1992 г.): Питание детей грудного и раннего возраста и состояние выполнения Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока**

Сорок пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад Генерального директора о питании детей грудного и раннего возраста;

напоминая резолюции WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11 и WHA43.3 по питанию детей грудного и раннего возраста, надлежащей практике их вскармливания и по другим соответствующим вопросам;

вновь подтверждая, что Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока является минимальным требованием и лишь одной из многих важных мер, необходимых для охраны здоровой практики в отношении кормления детей грудного и раннего возраста;

напоминая, что продукты, которые могут быть рекомендованы для частичной или полной замены грудного молока, особенно если они представлены в удобной для искусственного вскармливания форме, подпадают под действие положений Международного свода;

вновь подтверждая, что в течение первых 4–6 месяцев жизни никакой другой твердой или жидкой пищи, помимо грудного молока, ни даже воды, не требуется для удовлетворения нормальных потребностей ребенка в питании и что приблизительно с возраста 6 месяцев дети должны начинать получать разнообразные имеющиеся на местах и безопасным образом приготовленные продукты, богатые по энергетическому содержанию, помимо грудного молока, для удовлетворения их изменяющихся потребностей в питании;

приветствуя руководящую роль исполнительных глав ВОЗ и ЮНИСЕФ в инициативе по организации больниц “доброжелательного отношения к ребенку” при одновременной ее концентрации на роли медико-санитарных служб по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания и на использовании грудного вскармливания в качестве средства укрепления вклада медико-санитарных служб в безопасное материнство, выживаемость ребенка и первичную медико-санитарную помощь в целом, и поддерживая эту инициативу в качестве наиболее обещающего средства увеличения распространенности и длительности грудного вскармливания;

вновь выражая озабоченность по поводу необходимости защиты и поддержки женщин на рабочих местах не только для них самих, но и с учетом их разнообразных ролей в качестве матерей и лиц, обеспечивающих уход, в частности, путем применения в полном объеме существующего законодательства в целях охраны материнства, его расширения для охвата всех тех женщин, которые в настоящее время исключены из его охвата, или, в случае необходимости, посредством принятия новых мер;

воодушевленная мерами, принимаемыми фирмами – изготовителями детского питания, по прекращению бесплатного распространения или продажи по низким ценам образцов детских питательных смесей в родильных отделениях и родильных домах, что является одним из шагов в направлении выполнения в полном объеме Международного свода;

будучи убежденной в том, что благотворительные и другие донорские учреждения должны исключительно осторожно начинать инициативы по бесплатным поставкам детского питания или же отвечать на просьбы о таких поставках;

отмечая, что реклама и поощрение детских питательных смесей и представление других продуктов в качестве заменителей грудного молока, а также реклама и поощрение рожков и сосок могут составить несправедливую конкуренцию грудному вскармливанию, которое представляет собой самый безопасный и самый дешевый способ кормления ребенка грудного возраста, и могут усиливать такую конкуренцию и содействовать принятию неинформированных решений, препятствуя получению консультативной помощи и руководства со стороны врача или медико-санитарного работника, оказывающего помощь матери;

приветствуя щедрые финансовые и другие взносы из ряда государств-членов, которые дали возможность ВОЗ оказывать техническую поддержку странам, желающим рассмотреть и оценить свой опыт по выполнению Международного свода правил;

1. **БЛАГОДАРИТ** Генерального директора за его доклад;

2. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** государства-члены:

(1) обеспечить, чтобы оперативные задачи, содержащиеся в Инночентийской декларации, нашли свое полное выражение на национальном уровне, а именно, посредством:

(a) назначения национального координатора по вопросам грудного вскармливания и создания многосекторального комитета по вопросам грудного вскармливания;

(b) обеспечения такого положения, при котором каждое учреждение, предоставляющее материнские услуги, применяло бы принципы, изложенные в совместном заявлении ВОЗ/ЮНИСЕФ о роли материнских служб в охране, содействии и поддержке грудного вскармливания;

(c) принятия мер по реализации всей совокупности принципов и целей Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и последующих соответствующих резолюций Ассамблеи здравоохранения;



(d) принятия законодательства и принятия мер по его выполнению для защиты права работающих женщин на грудное вскармливание;

(2) поощрять и поддерживать все государственные и частные медицинские учреждения, предоставляющие материнские услуги, к тому чтобы они стали учреждениями “доброжелательного отношения к ребенку”, посредством:

(a) обеспечения необходимой подготовки для применения принципов, изложенных в совместном заявлении ВОЗ/ЮНИСЕФ;

(b) поощрения сотрудничества профессиональных ассоциаций, женских организаций, потребительских и других неправительственных групп, пищевой промышленности и других компетентных секторов в этой области;

(3) принять меры, соответствующие национальным обстоятельствам и направленные на прекращение бесплатного распространения или продажи по низким ценам заменителей грудного молока в медико-санитарных учреждениях, предоставляющих материнские услуги;

(4) использовать общие показатели грудного вскармливания, разработанные ВОЗ, в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и другими заинтересованными организациями и учреждениями при оценке хода работы их программ по вопросам грудного вскармливания;

(5) использовать опыт других государств-членов в выполнении Международного свода правил;

### 3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) продолжить продуктивное сотрудничество ВОЗ с ее традиционными международными партнерами, особенно ЮНИСЕФ, а также с другими соответствующими сторонами, включая профессиональные ассоциации, женские организации, потребительские группы и другие неправительственные организации, а также пищевую промышленность,

для достижения целей и выполнения задач Организации в отношении питания детей грудного и раннего возраста;

(2) укрепить сложившуюся при Организации сеть сотрудничающих центров, учреждений и организаций в поддержку надлежащих национальных действий;

(3) оказывать поддержку государствам-членам по их просьбам в разработке и приспособлении руководящих принципов по питанию детей, включая практику дополнительного прикармливания, которая является своевременной и соответствующей в питательном отношении и биологически безопасной, а также разработке подходящих мер для выполнения Международного свода;

(4) обращать внимание государств-членов и других межправительственных организаций на новые явления, имеющие важное значение для питания и вскармливания детей грудного и раннего возраста;

(5) рассмотреть в сотрудничестве с Международной организацией труда варианты, имеющиеся у сектора здравоохранения и у других заинтересованных секторов для усиления охраны женщин на рабочем месте с точки зрения их материнских обязанностей, и представить информацию по этому вопросу на одной из будущих сессий Ассамблеи здравоохранения;

(6) мобилизовать дополнительные технические и финансовые ресурсы для усиления поддержки государствам-членам.

### **Резолюция WHA47.5 (1994 г.): Питание детей грудного и раннего возраста**

Сорок седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, рассмотрев доклад Генерального директора о питании детей грудного и раннего возраста;

напоминая резолюции WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34 и

WHA46.7, касающиеся питания детей грудного и раннего возраста, надлежащей практики вскармливания и связанных с этим вопросов;

вновь подтверждая свою поддержку всем указанным резолюциям и повторяя содержащиеся в них рекомендации государствам-членам;

учитывая, что преимущество грудного молока является биологической нормой для кормления детей грудного возраста и что отклонение от этой нормы связано с повышенной опасностью для здоровья детей грудного возраста и матерей;

1. БЛАГОДАРИТ Генерального директора за его доклад;

2. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены принять следующие меры:

(1) содействовать здоровому питанию детей грудного и раннего возраста в соответствии с принятыми ими обязательствами во Всемирной декларации и Плана действий по питанию посредством последовательных и эффективных межсекторальных действий, включая:

(a) повышение осознания работниками здравоохранения, неправительственными организациями, общинами и широкими слоями населения значения грудного вскармливания и его преимуществ по сравнению с любым другим способом кормления детей грудного возраста;

(b) оказание поддержки матерям в выборе ими грудного вскармливания путем устранения препятствий и предотвращения помех, с которыми они могут столкнуться в службах здравоохранения, на рабочем месте или в общине;

(c) обеспечение подготовки всего соответствующего персонала здравоохранения по надлежащей практике вскармливания детей грудного и раннего возраста, включая применение принципов, изложенных в совместном заявлении ВОЗ/ЮНИСЕФ о грудном вскармливании и роли родовспомогательных служб;

- (d) содействие надлежащей практике прикармливания с возраста приблизительно шести месяцев при уделении особого внимания необходимости продолжения грудного вскармливания и частого кормления безопасными и адекватными в количественном отношении местными продуктами питания;
- (2) обеспечить отсутствие случаев бесплатных или субсидируемых поставок заменителей грудного молока и других продуктов, охваченных Международным сводом правил сбыта заменителей грудного молока, в любой части системы медико-санитарной помощи;
- (3) проявлять крайнюю осторожность при планировании, осуществлении или поддержке операций по оказанию помощи в чрезвычайных ситуациях путем охраны, поощрения и поддержки грудного вскармливания для детей грудного возраста, обеспечивая такое положение, при котором бесплатные поставки заменителей грудного молока или других продуктов, подпадающих под сферу действия Международного свода правил, осуществлялись только в случаях, если:
- (a) детей грудного возраста приходится кормить заменителями грудного молока, как указано в руководящих принципах, касающихся основных социально-экономических условий, при которых детей грудного возраста следует кормить заменителями грудного молока;
  - (b) поставки продолжаются до тех пор, пока конкретные группы детей грудного возраста в них нуждаются;
  - (c) поставки не используются в качестве стимулирования продаж;
- (4) информировать сектор труда, а также организации работодателей и рабочих относительно многочисленных преимуществ грудного вскармливания для детей и матерей и их воздействия на охрану здоровья матери на рабочем месте;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) использовать свои добровольные услуги для сотрудничества со всеми заинтересованными сторонами в выполнении данной резолюции и связанных с ней резолюций Ассамблеи здравоохранения во всей их совокупности;

(2) завершить разработку всеобъемлющего глобального подхода и программы действий по укреплению национального потенциала для улучшения практики питания детей грудного и раннего возраста, включая разработку методов и критериев для национальной оценки тенденций и практики в области грудного вскармливания;

(3) оказывать поддержку государствам-членам по их просьбам в мониторинге практики питания детей грудного и раннего возраста и тенденций в медицинских учреждениях и в семьях в соответствии с новыми стандартными показателями по грудному вскармливанию;

(4) настоятельно призвать государства-члены начать осуществление Инициативы по созданию больниц “доброжелательного отношения к ребенку” и оказывать им поддержку по их просьбам в реализации этой Инициативы, особенно в их усилиях по улучшению учебных планов и подготовки на рабочих местах для всего соответствующего медицинского и административного персонала;

(5) расширить и укрепить поддержку государств-членов по их просьбам в реализации принципов и целей Международного свода правил и всех соответствующих резолюций и оказывать государствам-членам консультативную помощь в отношении рамок, которые они могут использовать при мониторинге их применения в соответствии с национальными условиями;

(6) разработать в консультации с другими соответствующими сторонами и в качестве части нормативной функции ВОЗ руководящие принципы для применения в чрезвычайных ситуациях заменителей грудного молока или других продуктов, подпадающих под Международный свод правил, которые компетентные административные органы в государствах-членах могут использовать с учетом национальных условий для обеспечения оптимальных возможностей для вскармливания детей грудного возраста;

(7) завершить в сотрудничестве с отобранными исследовательскими институтами сбор пересмотренных справочных данных и подготовку руководящих принципов по их использованию и толкованию для оценки развития детей, вскармливаемых грудью;

(8) изыскивать дополнительные технические и финансовые ресурсы для активизации поддержки ВОЗ государствам-членам в области вскармливания детей грудного возраста и при осуществлении Международного свода правил и выполнении последующих соответствующих резолюций.

### **Резолюция WHA49.15 (1996 г.): Питание детей грудного и раннего возраста**

Сорок девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев доклад Генерального директора о питании детей грудного и раннего возраста;

напоминая резолюции WHA33.32, WHA34.22, WHA39.28 и WHA45.34, среди прочего, касающиеся питания детей грудного и раннего возраста, надлежащей практики кормления и других соответствующих вопросов;

напоминая и вновь подтверждая положения резолюции WHA47.5, касающейся питания детей грудного и раннего возраста, включая обращение особого внимания на укрепление надлежащей практики прикармливания;

обеспокоенная тем, что учреждения и министерства здравоохранения могут подвергаться скрытому давлению, с тем чтобы они ненадлежащим образом приняли финансовую или иную поддержку для профессиональной подготовки по охране здоровья детей грудного и раннего возраста;

отмечая возрастающий интерес к контролю за соблюдением Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и последующих соответствующих резолюций Ассамблеи здравоохранения;

1. БЛАГОДАРИТ Генерального директора за его доклад;

2. ПОДЧЕРКИВАЕТ продолжающуюся необходимость выполнения Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, последующих соответствующих резолюций Ассамблеи здравоохранения, Инночентийской декларации, а также Всемирной декларации и Плана действий по питанию;

3. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) обеспечивать, чтобы сбыт продукции для прикармливания и ее применение осуществлялись таким образом, чтобы не наносить ущерба исключительному и длительному грудному вскармливанию;

(2) обеспечивать, чтобы финансовая поддержка специалистам, работающим в области охраны здоровья детей грудного и раннего возраста, не создавала конфликта интересов, особенно в том, что касается инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ по созданию больниц, доброжелательного отношения к ребенку;

(3) обеспечивать, чтобы контроль за соблюдением Международного свода и последующих соответствующих резолюций был открытым, независимым и свободным от коммерческого влияния;

(4) обеспечить, чтобы были приняты соответствующие меры, включая медико-санитарную информацию и просвещение, в контексте первичной медико-санитарной помощи для поощрения практики грудного вскармливания;

(5) обеспечить, чтобы практика и процедуры их систем здравоохранения соответствовали принципам и целям Международного свода правил;

(6) представить Генеральному директору полную и подробную информацию о соблюдении Свода правил;

4. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору в кратчайшие сроки распространить “Руководящие принципы кормления детей грудного и раннего возраста во время чрезвычайных ситуаций” (WHO/NUT/96.4).

## **Предупреждение передачи вируса иммунодефицита человека от матери к ребенку**

### **СОВМЕСТНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ВОЗ/ЮНИСЕФ/ПРОГРАММЫ ООН ПО СПИДУ О НЫНЕШНЕМ СТАТУСЕ ПРОГРАММНЫХ УСТАНОВОК ВОЗ/ЮНИСЕФ/ПРОГРАММЫ ООН ПО СПИДУ, 3 СЕНТЯБРЯ 1999 Г.**

Опубликованное недавно предварительное сообщение об имеющихся данных о том, что существует меньше вероятности передачи ВИЧ-инфекции через исключительно грудное вскармливание, не дает оснований для изменения принятой политики ВОЗ/ЮНИСЕФ/Программы ООН по СПИДУ (ООН-СПИД).

За последние десять лет были накоплены данные, свидетельствующие о том, что ВИЧ-инфекция может передаваться через грудное молоко. Согласно нынешним оценкам ВОЗ и Программы ООН по СПИДУ, у ребенка, которого кормит грудью ВИЧ-инфицированная мать, риск передачи инфекции этим путем равен 15%. Ежегодно ВИЧ-инфекцию таким путем могут получить 200 000 грудных детей. Когда позволяют ресурсы, многие ВИЧ-инфицированные матери теперь предпочитают кормить своих детей искусственными смесями и совсем отказываются от грудного вскармливания. В условиях же нехватки ресурсов, где риск искусственного вскармливания может быть особенно высок, как отдельным матерям, так и руководителям, ответственным за выработку политики, решение принять труднее. Кое-где подобная ситуация привела к прекращению поддержки инициатив по содействию грудному вскармливанию и к тому, что некоторые женщины избегают кормить детей грудью, даже когда им известно о своем статусе ВИЧ.

В 1997 году ООН-СПИД, ВОЗ и ЮНИСЕФ опубликовали совместное программное заявление по вопросу ВИЧ-инфекции и кормления грудных детей, в котором говорилось:

- общий принцип состоит в том, что необходимо продолжать защиту, пропаганду и поддержку грудного вскармливания во



всех категориях населения, независимо от степени распространения ВИЧ-инфекции;

- консультирование женщин, которым известен их ВИЧ-статус, должно включать предоставление самой полной и достоверной информации, имеющейся на данный момент, о пользе грудного вскармливания, о риске передачи ВИЧ-инфекции через грудное вскармливание и о факторах риска и возможных преимуществах, связанных с другими методами кормления грудных детей;
- вследствие этого, важно, чтобы женщинам было дано право принимать полностью осознанные решения о кормлении грудных детей на основе полученной информации и чтобы они получали соответствующую поддержку в осуществлении своих решений.

В 1998 году ВОЗ, ЮНИСЕФ и ООН-СПИД провели техническую консультацию по ВИЧ-инфекции и кормлению грудных детей и опубликовали методические рекомендации с ориентацией на права человека, основанные на совместном программном заявлении (1,2). В этих методических рекомендациях высказывается требование усилить инициативы, нацеленные на защиту, пропаганду и поддержку грудного вскармливания среди матерей, у которых ВИЧ-инфекция отсутствует или ВИЧ-статус которых неизвестен, и предлагается несколько вариантов кормления грудных детей, которые могли бы рассмотреть ВИЧ-инфицированные матери. К числу таких вариантов относятся:

- искусственное вскармливание детскими питательными смесями промышленного производства или смесями домашнего приготовления;
- кормление грудью в соответствии с общими рекомендациями;
- кормление исключительно грудью и прекращение его в ранние сроки;
- использование сцеженного грудного молока, прошедшего термообработку;
- использование услуг кормилицы.

Во всех случаях должен своевременно вводиться достаточный прикорм. Попыток отдать предпочтение какому-либо из этих вариантов в ущерб другим не делается, ибо главная рекомендация заключается в том, чтобы женщины получали

консультации, которые позволяли бы им принять полностью осознанное решение на основе информации, соответствующее их положению и средствам. Долг ответственного за выработку политики лица и руководителя медицинского учреждения состоит в том, чтобы обеспечить необходимую поддержку, дающую возможность матерям сделать свой выбор и осуществить его на практике, будь то кормление грудью или искусственное вскармливание.

В исследованиях, на основании которых сделаны имеющиеся на сегодняшний день оценки передачи инфекции, не делается различия между грудными детьми, находящимися на исключительно грудном вскармливании, и детьми, которые и кормятся грудью, и получают другую пищу и питье (таких обычно большинство). В опубликованном недавно предварительном отчете (3) высказывается предположение о том, что вероятность передачи инфекции через исключительно грудное вскармливание, т.е. когда ребенку не дается никакая иная пища или питье, кроме грудного молока, может быть меньше, чем при смешанном вскармливании, возможно, вследствие того, что другая пища может повредить кишечник грудного ребенка и облегчить проникновение вируса через слизистую оболочку кишечника. Это сообщение породило надежды у многих работников здравоохранения, которых тревожит отрицательное влияние снижения показателей грудного вскармливания на здоровье детей. Был поднят вопрос о том, не следует ли ВОЗ/ЮНИСЕФ/Программе ООН по СПИДу пересмотреть свои рекомендации в отношении ВИЧ-инфекции и кормления грудных детей.

Информация, содержащаяся в этом предварительном отчете, интересна и важна. Однако ввиду ограниченности объема и общего плана вышеуказанного исследования, каких-либо твердых заключений без дополнительных научных исследований сделать нельзя. То, что такое научное исследование должно быть проведено в срочном порядке, совершенно ясно, и ВОЗ определила его проведение в качестве одной из приоритетных задач.

В нынешних методических рекомендациях четко указано, что для ВИЧ-инфицированных матерей, которые решили кормить ребенка грудью, самым безопасным вариантом является исключительно грудное вскармливание, позволяющее

минимизировать другие инфекции детского возраста, такие, как понос, и одновременное использование надежного способа снижения риска мастита или повреждения сосков, которое может облегчить передачу ВИЧ-инфекции. Вариантом, позволяющим предупредить позднюю постнатальную передачу инфекции, является прекращение грудного вскармливания по достижении ребенком возраста 3–6 месяцев; к тому же в этом более старшем возрасте меньше опасностей для здоровья ребенка и меньше трудностей социального порядка для матери в связи с прекращением грудного вскармливания.

Непродолжительное исключительно грудное вскармливание уже включено в рекомендации ВОЗ/ЮНИСЕФ/ООН-СПИД в качестве одного из вариантов кормления детей. Если информация, содержащаяся в предварительном отчете, подтвердится, это усилит аргументацию в пользу выбора этого варианта как реально осуществимого и одновременно результативного. Тем не менее, не может быть никаких оправданий для отказа от искусственного вскармливания как одного из вариантов для тех матерей, которые желают его выбрать, пока существует хоть какая-либо возможность передачи ВИЧ-инфекции через грудное молоко.

В соответствии с имеющимися научными данными, нынешние программные установки и рекомендации ВОЗ/ЮНИСЕФ/ООН-СПИД по-прежнему являются правильными, и в настоящее время нет никаких оснований для их изменения. Эти рекомендации охватывают все разумные варианты кормления грудных детей для ВИЧ-инфицированных матерей и предусматривают полностью осознанный выбор на основе информации, что позволит матерям получать более точную информацию по мере ее появления.

1. *HIV and infant feeding. Guidelines for decision-makers.* Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/FRH/NUT 98.1).
2. *HIV and infant feeding. A guide for health care managers and supervisors.* Geneva. World Health Organization, 1998 (document WHO/FRH/NUT 98.2).
3. COUTSODIS, A. ET AL. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet*, **354**: 471–476(1999).

## **Кормление грудных детей в методике “Комплексного ведения болезней детского возраста”**

“Комплексное ведение болезней детского возраста” (КВБД) – это методика, разработанная ВОЗ и ЮНИСЕФ, предусматривающая основную медико-санитарную помощь при наиболее распространенных болезнях детского возраста, а также профилактические мероприятия и улучшение системы охраны детства на уровне семьи и административно-территориальной единицы. Ее цели включают снижение смертности, снижение частоты и тяжести заболеваний и инвалидности среди детей, а также содействие улучшению физического и психического развития детей.

Данная стратегия сочетает в себе аспекты лечения распространенных заболеваний, питания, иммунизации и нескольких других важных факторов, влияющих на здоровье детей, в том числе здоровье матери. В качестве важного составного элемента было включено питание, поскольку с нарушениями питания связано более 50% случаев смерти детей. Установлено, что во многих обстоятельствах важнейшим фактором, способствующим нарушениям питания, являются неправильные принципы и методы кормления. Ввиду того, что большинство детей с нарушениями питания не проходят лечения в стационаре, необходимо уделять первоочередное внимание разработке методик предупреждения и устранения нарушений питания в домашних условиях.

### **РАСПРОСТРАНЕНИЕ МЕТОДИКИ КВБД В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ**

Европейское региональное бюро ВОЗ совместно с другими программами ВОЗ, а также с ЮНИСЕФ и многочисленными другими ведомствами и учреждениями в настоящее время вводит стратегию КВБД в Европейском регионе. Эта работа началась в 1996 году в Казахстане. В результате первоначального пилотного обследования в рамках внедрения стратегии КВБД, посвященного адаптации рекомендаций в отношении кормления грудных детей и

детей раннего возраста, было установлено, что недостаточная калорийность не представляет собой значительной проблемы. Однако значительным препятствием на пути улучшения практики кормления грудных детей и детей раннего возраста оказался уровень знаний у матерей. Пище недоставало разнообразия, частота кормлений была низкой, предлагаемые виды пищи были не идеальны, и требовало улучшения качество приготовления пищи и то, как пища давалась ребенку. Тем не менее, матери весьма охотно соглашались опробовать то новое, что им предлагалось. Например, особенно положительно был воспринят совет о включении ночных кормлений грудью, и даже при минимальных средствах матерям удавалось найти способы улучшить кормление своих детей.

### **АДАПТАЦИЯ “ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ КОРЗИНЫ”**

Немалая часть материалов по КВБД посвящена кормлению детей. К ним относятся: а) *“Оценка кормления ребенка”*, где приведены вопросы для оценки принципов и методов кормления ребенка; б) *“Продовольственная корзина”* с рекомендациями для больных и здоровых детей по возрастным группам; в) *“Консультирование матери по проблемам кормления”*, где даются рекомендации о том, как консультировать матерей по конкретным проблемам кормления. Эти материалы используются медицинскими работниками в качестве справочных при проведении оценки и консультировании матерей по вопросам кормления ребенка. Материалы также включают учебный модуль *“Консультирование матери”*, который используется в учебном процессе и в котором объясняется, как нужно консультировать мать по принципам и методам кормления.

В нижеследующем тексте и во врезке 1 приводятся примеры из практики Азербайджана.

### **НЕКОТОРЫЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ**

#### **В возрасте до 4 месяцев**

#### **Идеальная схема кормления**

Исключительно грудное вскармливание.

**Врезка 1. Пример пересмотренной “продовольственной корзинки” в Азербайджане, март 1999 года***6–11 месяцев*

Каша (манная, рисовая, гречневая, овсяная) + сливочное масло + молоко (разбавленное 1:1)

Хлеб

Овощное пюре (картофель, морковь, капуста, лук)

Красное мясо, птица, рыба, печень, яичный желток

Катик, кефир, сузма

Фруктовая мякоть или сок (яблочный, мандариновый, другие фрукты по сезону)

Не давайте черного чая

Используйте минимальное количество соли и сахара или не используйте их вообще

*12–23 месяца*

Давайте достаточные количества пищи с семейного стола или специально приготовленной пищи, например:

- рис, “макаронные изделия” или каша (манная, гречневая, овсяная, из рисовой муки)
- овощные пюре (картофель, морковь, фасоль, другие сезонные овощи)
- мясо, в том числе печень, птица, рыба, яйцо
- катик, кефир, сузма
- хлеб
- свежие фрукты (яблоки, другие сезонные фрукты)

Не давайте черного чая

Используйте минимальное количество соли и сахара или не используйте их вообще

*В возрасте 24 месяцев и старше*

Хлеб + сыр (брынза, шор, творог) или мясо

Катик + сыр (или творог) + хлеб (или печенье)

Свежие фрукты или овощи (морковь, помидоры, огурцы)

Коровье молоко или кефир или катик

Не давайте черного чая

Используйте минимальное количество соли и сахара или не используйте их вообще

Консультирование матери по проблемам кормления

Советовать чаще и дольше кормить ребенка грудью по требованию, днем и ночью и постепенно исключать другое молоко, пищу и питье

Давайте ребенку пищу в отдельной тарелке или блюде и помогайте ребенку есть своей ложкой самостоятельно

Если ребенку дается черный чай, замените чай грудным молоком (в возрасте младше 6 месяцев) или водой или другими жидкостями (в возрасте старше 6 месяцев)

Если пища ребенка не содержит достаточного количества источников железа:

- рекомендовать увеличение количества красного мяса и печени
- проконтролировать наличие проблем кормления через 5 дней

**Проблема 1. Мать не кормит ребенка исключительно грудью.**

- Она думает, что у нее мало молока.
- Ей посоветовали применять другую пищу/жидкости.

**Рекомендации**

- Давайте только грудное молоко. Прекратите давать другую пищу, такую, как чай, воду, детские питательные смеси, фруктовый сок, коровье молоко, каймак (коровье молоко с маслом и мукой), гашиль (мука, вода и сахар) или рисовый отвар с катиком (кефиром) или сузмой (творогом).
- Кормите грудью по требованию ребенка, не реже 10–12 раз в сутки, включая 1 или 2 ночных кормления.
- Попросите медицинского работника оценить вашу технику кормления грудью и следуйте всем изменениям, которые он или она может посоветовать.
- Увеличьте продолжительность и частоту физического контакта с ребенком, например, чаще берите ребенка на руки, обнимайте его или берите его к себе в постель.

**В возрасте от 4 до 6 месяцев****Идеальная схема кормления**

Исключительно грудное вскармливание.

Давайте пищу для прикорма два раза в день *после* кормления грудью, если ребенок:

- проявляет интерес к полутвердой пище;
- голоден после кормления грудью или
- недостаточно набирает массу тела.

**Проблема 2. Грудное вскармливание слишком быстро прекращается или уменьшается.****Рекомендации**

- Кормите столько раз, сколько хочет ребенок.
- Давайте пищу для прикорма после кормления грудью только в том случае, если ребенок проявляет признаки голода или не набирает достаточно массы тела.

**Проблема 3. Ребенка кормят из бутылочки.****Рекомендации**

- Прекратите пользоваться бутылочками, давайте только грудное молоко.

- Если без этого обойтись нельзя, используйте питательную смесь домашнего приготовления (1/4 чашки коровьего молока, 1/4 чашки воды, 1 чайная ложка сахара или жидкого рисового отвара + катик). Кормите ложкой из чашки.
- Если без этого не обойтись и если семья располагает средствами, используйте правильно приготовленную детскую питательную смесь, обогащенную железом. Кормите ложкой из чашки.

## **В возрасте от 6 до 12 месяцев**

### **Идеальная схема кормления**

Продолжайте кормление грудью. Давайте пищу для прикорма три раза в день, если ребенок кормится грудью, и пять раз в день, если он не кормится грудью. При каждом приеме пищи давайте достаточные количества, например, размятых овощей (картофеля и моркови); каймака, гашиля с гречневой, овсяной или рисовой кашей, вместо пшеничной муки, с уменьшенным количеством сахара; риса с катиком или сузмой; хлеба, а также фруктов, таких, как яблоки и киви. Уменьшите количество соли и сахара. Избегайте чая.

**Проблема 4. Введение прикорма не начато или даются продукты с недостаточной питательной ценностью. В частности, рацион питания ребенка не содержит продуктов, богатых железом.**

### **Рекомендации**

- Давайте достаточные количества размятых овощей (картофеля, моркови, свеклы, тыквы, цветной капусты, зелени) или гречневой, овсяной каши или каши из рисовой муки (вместо пшеничной муки); или кефира или творога; или хлеба; или фруктов; или яйца/куриного мяса/мяса/печени/рыбы. Давайте эту еду не позже, чем через 30 минут после приготовления.

**Проблема 5. Ребенку дают слишком много сахара.**

### **Рекомендации**

- Постепенно уменьшите количество сахара, используемое при приготовлении пищи.
- Прекратите давать ребенку конфеты, пирожные и другие мучные кондитерские изделия.
- Не давайте сладких напитков.



**Проблема 6. В пищу, которая готовится для ребенка, добавляется соль.****Рекомендация**

- Избегайте добавления соли в пищу ребенка.

**Проблема 7. Ребенку дают черный чай.****Рекомендация**

- Избегайте давать чай. Вместо него используйте грудное молоко, обычную воду, фруктовую воду или фруктовый сок.

**Проблема 8. Количество еды, которое дается ребенку, недостаточно (частота кормлений ниже рекомендуемой, или количество, съедаемое при каждом приеме пищи, меньше рекомендуемого для данного возраста).****Рекомендации**

- Покормите ребенка дополнительно один раз. Постепенно увеличьте число кормлений до рекомендуемого.
- При каждом кормлении давайте ребенку одну дополнительную ложку пищи, пока в конце концов ребенок не будет потреблять рекомендуемое количество.

**В возрасте от 12 до 23 месяцев****Идеальная схема кормления**

Кормление грудью должно продолжаться. Ребенок должен есть пищу с семейного стола плюс дополнительные кормления. Давайте семейную пищу, такую, как вермишель, плов, овощи (помидоры, морковь), размятые овощи (картофель, морковь, тыква), мясо, рисовую муку с катиком или сузмой, кашу с молоком, хлеб, печенье, фрукты (яблоки, киви), коровье молоко, кефир или другие молочные продукты (сузма, каймак, творог, домашний сыр). Кормите ребенка не менее пяти раз в день. Уменьшите использование сахара и соли. Избегайте чая.

**Проблема 9. Ребенку еще не дают пищи с семейного стола или пища имеет недостаточную питательную ценность.****Рекомендация:**

- Давайте ребенку вермишель, плов, размятые овощи (картофель, морковь), мясо, кашу с молоком, хлеб, печенье,

фрукты, кефир и бобовые (горох, фасоль, зеленостручковую фасоль). Давайте эту пищу не позднее, чем через тридцать минут после приготовления.

**Проблема 10. Ребенок не получает достаточно пищи, т.е. его кормят меньше пяти раз в день или дают меньше 300 мл пищи за один раз.**

**Рекомендации:**

- Покормите ребенка один раз дополнительно. Медленно увеличьте количество приемов пищи до тех пор, пока ребенок не будет принимать пищу пять раз в день.
- При каждом кормлении давайте ребенку дополнительно одну ложку еды. Постепенно увеличивайте количество еды до тех пор, пока ребенок не будет каждый раз съедать рекомендуемое количество.

**Проблема 11. Ребенок отказывается есть.**

**Рекомендации:**

- Давайте ребенку его любимую еду.
- Проведите лечение ребенка, если он болен.
- Во время кормления играйте с ребенком, пойте ему или как-либо иначе поощряйте его к тому, чтобы он ел.
- Сидите рядом с ребенком и терпеливо помогайте ему с приемом пищи.

Надлежащие методы кормления позволяют предупредить неправильное питание и задержки роста в раннем детском возрасте, все еще характерные для некоторых частей Европейского региона ВОЗ, в частности для стран, сложившихся на месте Советского Союза. И все же, несмотря на важность методов питания и кормления в младенческом и раннем детском возрасте, необходимости руководящих принципов и рекомендаций, основывающихся на научно обоснованных фактических данных, не уделялось достаточного внимания. В настоящей публикации дается научное обоснование для разработки на уровне стран рекомендаций по питанию и кормлению от рождения до трехлетнего возраста. Приводимая в публикации информация должна помочь специалистам в странах разработать или обновить применяемые в настоящее время в их странах рекомендации по вопросам кормления. Публикация может представить большой интерес для министерств здравоохранения, педиатров, специалистов в области диетотерапии и питания, а также для специалистов общественного здравоохранения и других категорий профессиональных работников, сталкивающихся с проблемами питания и здоровья детей.

ISBN 92 890 4340 7

82 швейц. фр.

