DOI: 10.56871/UTJ.2023.97.73.010
УДК 612.39+613.21+642.58+641.1+371.71+303.621.322]-053.3

АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ВВЕДЕНИИ ПРИКОРМОВ И ИХ ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА

© Светлана Вадимовна Баирова, Дарья Александровна Круглова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Светлана Вадимовна Баирова — к.м.н., доцент кафедры педиатрии им. академика А.Ф. Тура. E-mail: svabar@mail.ru ORCID ID: 0000-0001-5125-1094 eLIBRARY ID: 54305261 SPIN: 5578-7973

Для цитирования: Баирова С.В., Круглова Д.А. Анализ ошибок при введении прикормов и их возможные последствия для детского организма // Университетский терапевтический вестник. 2023. Т. 5. № 4. С. 108–116. DOI: https://doi.org/10.56871/UTJ.2023.97.73.010

Поступила: 24.05.2023 ***Одобрена: 01.08.2023*** ***Принята к печати: 01.09.2023***

РЕЗЮМЕ. Сбалансированное питание — одна из главных составляющих здоровья в любом возрасте, но особое значение оно приобретает у детей раннего возраста, ведь чем младше ребенок, тем существеннее влияние питания на его организм. Как недостаточное, так и избыточное поступление основных пищевых веществ и эссенциальных нутриентов может привести к нарушению физического развития, а изначально неправильное осуществление процесса кормления — к нарушению пищевого поведения. По оригинальной анкете проведен опрос родителей 132 детей в возрасте от 9 месяцев до 1 года 3 месяцев с последующим анализом ошибок во введении прикормов. Определены наиболее часто встречающиеся несоответствия и их последствия. Представлена распространенность выявленных у детей отклонений индекса массы тела (ИМТ) от средних значений, выделены конкретные факторы, на которые стоит обращать внимание участковым педиатрам при контроле питания ребенка с тем или иным значением ИМТ. Выполнена оценка сопутствующих нарушений формирования пищевого поведения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: прикормы; индекс массы тела; пищевое поведение; дети раннего возраста; первый год жизни.

ANALYSIS OF ERRORS IN THE INTRODUCTION OF COMPLEMENTARY FOODS AND THEIR POSSIBLE CONSEQUENCES FOR THE CHILD'S BODY

© Svetlana V. Bairova, Daria A. Kruglova

Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Contact information: Svetlana V. Bairova — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatrics named after Academician A.F. Tur. E-mail: svabar@mail.ru ORCID: 0000-0001-5125-1094 eLIBRARY ID: 54305261 SPIN: 5578-7973

For citation: Bairova SV, Kruglova DA. Analysis of errors in the introduction of complementary foods and their possible consequences for the child's body. University therapeutic journal (St. Petersburg). 2023;5(4):108-116. DOI: https://doi.org/10.56871/UTJ.2023.97.73.010

Received: 24.05.2023 ***Revised: 01.08.2023*** ***Accepted: 01.09.2023***

SUMMARY. Balanced nutrition is one of the main components of health at any age, but it acquires special importance in young children, because the younger the child, the more significant the effect of nutrition on his body. Both insufficient and excessive intake of essential nutrients and essential nutrients can lead to a violation of physical development, and initially incorrect implementation of the feeding process — to a violation of eating behavior. According to the original

questionnaire, a survey of parents of 132 children aged 9 months to 1 year 3 months was conducted, followed by an analysis of errors in the introduction of complementary foods. The most common inconsistencies and their consequences are identified. The prevalence of deviations of the body mass index (BMI) from the average values detected in children is presented, specific factors are highlighted that district pediatricians should pay attention to when monitoring the nutrition of a child with a particular BMI value. The assessment of concomitant disorders of the formation of eating behavior was performed.

KEY WORDS: complementary foods; body mass index; eating behavior; early childhood; the first year of life.

ВВЕДЕНИЕ

В 2019 году вышло переработанное и дополненное четвертое издание «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», впервые утвержденной в феврале 2009 года на XVI Съезде педиатров России. В нем подробно описан порядок введения прикормов. В то же время в клинической практике высока частота встречаемости нарушений родителями правильности организации режима кормлений ребенка, введения прикормов и формирования у него пищевого поведения [1–5]. За последние несколько лет наблюдается также рост различных Интернет-ресурсов и книг, продвигающих кардинально отличающиеся от рекомендуемых подходы в питании детей раннего возраста, что способствует получению родителями недостоверных сведений и диктует еще большую необходимость педиатрического контроля [6].

В настоящее время существует достаточное количество сведений об оценке питания детей до года. В проведенных анализах было уделено внимание избыточному потреблению жидкости детьми на грудном вскармливании, использованию двух однонаправленных смесей при искусственном вскармливании, изначальному отсутствию режима кормлений [7]. Широко распространены публикации описательного характера как о частоте встречаемости ошибок в организации прикормов, так и об особенностях их введения в зависимости от состояния здоровья детей [8, 9], места проживания семьи [10]. Рассматривались характер вскармливания ребенка в ранний период и оценка первых продуктов прикорма на иммуногенность как факторов риска ранней сенсибилизации, введение прикормов детям с пищевой аллергией [11, 12].

Изучение проблем организации прикормов представлено не только в отечественной литературе. Анализ кормления детей раннего возраста в Польше выявил несоответствия принятой модели питания по срокам прикормов и набору продуктов [13]. Была определена зависимость ранних сроков введения прикорма: в Китае — от уровня образования матерей и отсутствия их осведомленности от специалистов педиатрического звена [14], в Австралии — от возраста матерей (менее 25 лет), от семейного положения (матери-одиночки) [15], в США — от искусственного вскармливания с рождения [16]. В другом исследовании рассматривался вопрос влияния сроков введения прикормов на детский организм в виде достаточно близких (скорость роста и инфекционные заболевания) и более отдаленных (заболевания сердечно-сосудистой системы, целиакия, аллергические заболевания) последствий [17]. Вопросы высокого потребления белковых продуктов, раннее введение в детский рацион коровьего молока (в качестве дополнения к грудному) и в целом ранее начало прикорма описывалось в работе об оценке вскармливания бразильских детей с высоким и низким социально-экономическим статусом [18].

Нарушениям пищевого поведения у детей раннего возраста также посвящен ряд работ. Обсуждаются современные подходы к диагностике и коррекции. Наиболее распространенными нарушениями в амбулаторной практике названы: избирательность в пище, снижение аппетита и отказ от приема новой пищи по причине страха, беспокойства [20]. Рассмотрена роль прикормов в формировании пищевых предпочтений: параллель наличия определенных видов овощей и/или фруктов в составе прикорма и их дальнейшее потребление ребенком в школьном возрасте [21].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить соответствие введения прикормов рекомендациям «Национальной программы оптимизации вскармливания детей пер-

вого года жизни в Российской Федерации» по опорным критериям: сроки, продукты, объемы, скорость и порядок введения, проанализировать последствия выявленных нарушений: отклонений ИМТ и формирования пищевого поведения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Опрос родителей 132 детей (64 мальчика и 68 девочек) в возрасте от 9 месяцев до 1 года 3 месяцев по оригинальной анкете. Критерии включения детей в исследование: доношенность, отсутствие патологий в раннем неонатальном периоде, отсутствие заболеваний на первом году жизни, отсутствие аллергических реакций. Оригинальная анкета состояла из четырех блоков вопросов: первый блок — общие данные (возраст, пол, весоростовые показатели при рождении и в настоящее время, вид родов, оценка по шкале Апгар, срок гестации, наличие аллергических реакций, постановки на учет у врачей-специалистов и заболеваний в течение первого года жизни), второй блок — вопросы вида и режима вскармливания в первые 4 месяца жизни, третий блок — вопросы введения прикормов, четвертый блок — вопросы режима питания и пищевого поведения.

Для оценки влияния ошибок в организации прикормов на физическое развитие детей как скрининговый метод использовался расчет индекса массы тела с учетом его динамики от момента рождения [19, 22]. Группу контроля составили дети со средним значением ИМТ при рождении и не имеющие отклонений данного показателя на момент наблюдения. Далее в каждой из четырех исследуемых групп детей с отклонением ИМТ были выделены наиболее частые ошибки во введении прикормов с последующим сравнением их встречаемости со встречаемостью аналогичных в группе контроля. В результате определены ведущие и дополнительные факторы для четырех отклонений ИМТ.

Статистическая обработка результатов проводилась в Microsoft Excel с использованием методов описательного статистического анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Организация прикормов

Ошибки в сроках введения поделены на две группы: раннее и позднее введение основных прикормов и дополнительных продуктов. Раньше положенного чаще всего введены: творог (27%), хлеб пшеничный (23%), кисломолочные продукты (21%) — с 7 месяцев и ранее. Позже положенного срока: сливочное (73%) и растительное (65%) масло — позже первого/второго прикормов, желток яиц (68%) — с 8 месяцев и позже, рыба (54%) — с 9 месяцев и позже (рис. 1). Позднее введение яичного желтка может обусловливать недостаточное поступление животного белка и жира, кальция, витамина B_2, а рыбы — еще и полиненасыщенных жирных кислот, в том числе класса омега-3, витамина B_{12}.

Важно отметить своевременность перехода на кусочковое питание. 38% перешли ранее 9 месяцев, 31% — позже 10 месяцев. Поздний переход на кусочковое питание, как правило, приводит к нарушению пищевого поведения, выраженного, прежде всего, в отказе детей после года есть густую пищу [2].

Главной задачей прикорма является восполнение поступления в организм ребенка веществ, которых становится недостаточно в грудном молоке. Особое значение в этот период приобретают кальций, цинк и железо [23]. Проведен анализ продуктов, которые на

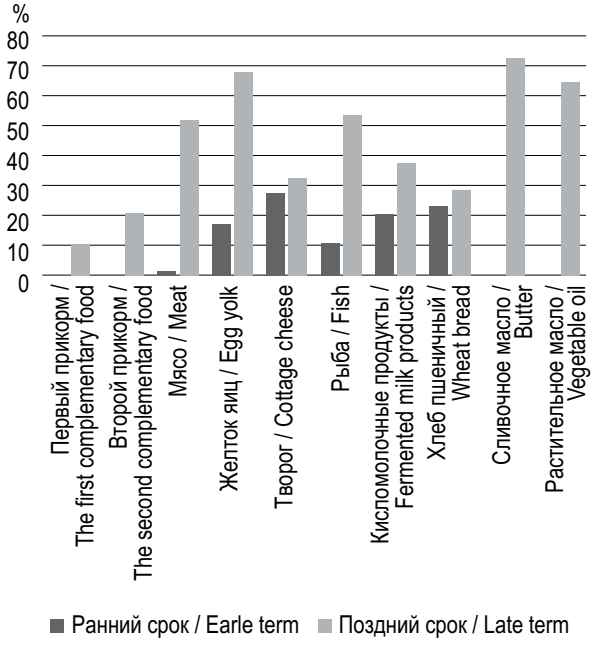


Рис. 1. Распространенность несоответствий введения прикормов и дополнительных продуктов по срокам введения

Fig. 1. The prevalence of inconsistencies in the introduction of complementary foods and additional products by the timing of introduction

момент опроса, то есть в возрасте ребенка от 9 месяцев до 1 года 3 месяцев, еще так и не введены, хотя, согласно Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, уже должны присутствовать в рационе. Чаще всего родители не используют в питании детей: фруктовый сок — 27%, рыбу — 15%, кисломолочные продукты и сливочное масло — по 12%. Соки — источник глюкозы, фруктозы, сахарозы, органических кислот (яблочной, лимонной и др.), калия, железа. Некоторые кисломолочные продукты содержат пребиотики, отдельные витамины и минеральные вещества.

Ошибки в объемах прикормов поделены на три группы: высокий стартовый объем, доведение основного прикорма/дополнительного продукта до объема выше или ниже рекомендуемого. Высокий стартовый объем (20 г и более) чаще всего выявлен: 52% у пшеничного хлеба, по 34% у мяса, творога. Доведение до объема выше рекомендуемого — у тех же продуктов, но с более высокой распространенностью: 64% у пшеничного хлеба, 60% у творога, 49% у мяса. Недоведение до необходимого объема очень ярко выражено у первого и второго прикормов, 95 и 94% соответственно (рис. 2).

Ошибки в скорости введения основных прикормов поделены на две группы: введение за укороченный период (менее 5 дней) и за удлиненный (от 8 дней и дольше). За укороченный период чаще были введены: у 34% первый и у 29% второй прикормы, а за удлиненный, который составил от 8 до 80 дней, — у 41% мясо.

Прослеживаются несоответствия в периодичности наличия в рационе кисломолочных продуктов и рыбы. Ежедневно кисломолочные продукты не получают 84% детей, реже двух раз в неделю рыба присутствует в рационе у 60% детей.

Рассматривая ошибки в порядке введения прикормов, можно отметить, что продукты начальных прикормов, отличающиеся от рекомендуемых, встретились у 17% детей. У 12% в качестве первого прикорма вводились: яблоко, картофель, абрикос, огурец, кефир, банан. У 10% в качестве второго прикорма: морковь, творог, банан, рисовые хлопья. Причем у 3% первый и второй прикормы были представлены мягкими кусочками овощей (брокколи, огурец), фруктов (абрикос, банан) или же смесью различных продуктов. Примеры: кабачок + картофель + курица + банан; тыква + яблоко + говядина + рисовые хлопья.

Отмечены также нарушения в начальных продуктах: у 16% детей при введении рыбы (прикорм начат с горбуши, форели, семги) и у 27% детей при введении фруктового пюре (прикорм начат с экзотических видов фруктов).

Отклонения индекса массы тела

У всех детей ИМТ при рождении был разный, то есть изначальные его отклонения наблюдались как в исследуемой группе, так и

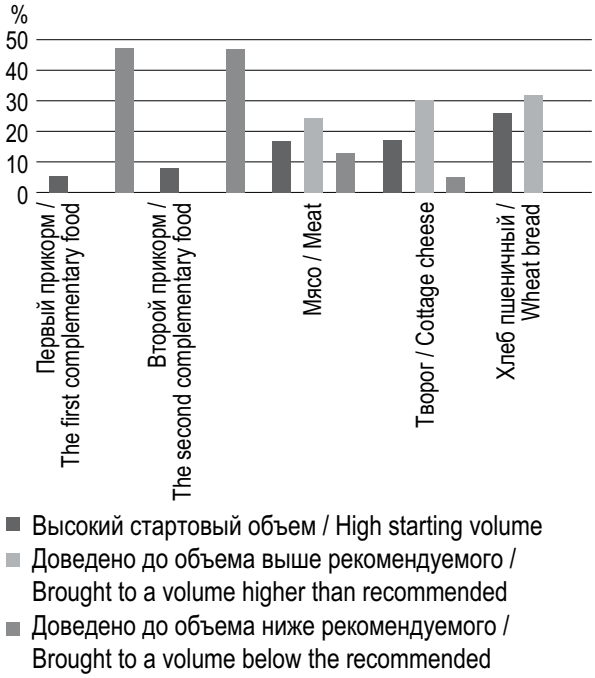


Рис. 2. Распространенность несоответствий введения прикормов и дополнительных продуктов по объемам введения

Fig. 2. Prevalence of inconsistencies in the introduction of complementary foods and additional products by volume of administration

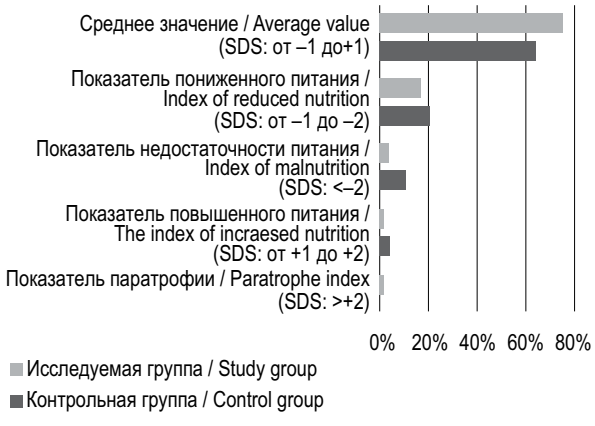


Рис. 3. Распределение детей по индексу массы тела при рождении

Fig. 3. Distribution of children by body mass index at birth

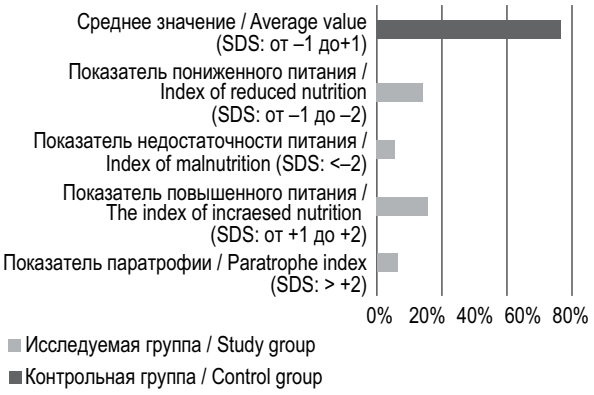


Рис. 4. Распределение детей по индексу массы тела на момент опроса

Fig. 4. Distribution of children by body mass index at the time of the survey

в группе контроля, наравне с тем, что дети со стартовым средним значением ИМТ также присутствовали в обеих группах. Группы приняты как сопоставимые (рис. 3).

Учтен вид вскармливания исследуемых детей. Основную их часть составили дети на грудном вскармливании (74%), в небольших количествах присутствовало небольшое число детей на смешанном и на искусственном.

По итогам расчетов у 57% детей ИМТ на момент исследования соответствует средним значениям, а у 43% — не соответствует. В 14% случаев наблюдается пониженное питание (SDS от –1 до –2), в 6% — недостаточность питания (SDS<–2), в 16% — повышенное питание (SDS от+1 до+2) и в 7% — паратрофия (SDS>+2) (рис. 4).

У 79% детей с пониженным питанием (SDS от –1 до –2) снижение ИМТ произошло в течение первого года жизни: у 74% из среднего показателя и у 5% из показателя паратрофии при рождении. У оставшегося 21% детей ИМТ при рождении соответствовал показателю недостаточности питания, и на первом году жизни происходило его постепенное увеличение, но на данный момент повышение пока произошло только до значений пониженного питания. Эта часть детей не учитывалась в отборе факторов, влияющих на формирование пониженного питания.

Ведущие факторы: нерекомендуемые продукты (в том числе нерекомендуемой консистенции и не монокомпонентные) первого и второго прикормов, недоведение до необходимого объема и длительный период введения первого и второго прикормов; поздний срок введения мяса; отсутствие в рационе творога, яичного желтка; нарушение периодичности потребления кисломолочных продуктов; несоблюдение пятиразового режима питания с длительным сохранением свободного вскармливания; подсаливание продуктов промышленного производства; при отказе от нового продукта родители предлагали его ребенку менее 10–15 раз. Дополнительные факторы: поздний срок введения фруктового пюре; нарушение периодичности потребления рыбы; отсутствие в рационе сливочного и растительного масла; использование в питании ребенка иных продуктов (колбаса, сосиски, шоколад); наличие 2–3 перекусов в день грудным молоком и фруктовым соком.

У 100% детей с недостаточностью питания (SDS<–2) снижение ИМТ произошло в течение первого года жизни: у 76% из среднего показателя, у 12% из показателя пониженного питания и у 12% из показателя недостаточности питания при рождении (но более высокого в сравнении с настоящей величиной).

Ведущие факторы: поздний срок введения, нерекомендуемые продукты, недоведение до необходимого объема первого и второго прикормов; поздние сроки введения мяса, рыбы; на момент исследования получают объем мяса ниже рекомендуемого по возрасту; нарушение периодичности потребления кисломолочных продуктов; сохранение свободного вскармливания до второго полугодия и далее; при отказе от нового продукта родители предлагали его ребенку менее 10–15 раз. Дополнительные факторы: поздний срок введения творога, яичного желтка; отсутствие в рационе рыбы, фруктового сока; ранний переход на кусочковое питание; наличие 2 перекусов в день грудным молоком и фруктами.

У 100% детей с повышенным питанием (SDS от+1 до+2) увеличение ИМТ произошло в течение первого года жизни: у 62% из среднего показателя, у 33% из показателя пониженного питания и у 5% из показателя повышенного питания при рождении (но более низкого в сравнении с настоящей величиной).

Ведущие факторы: короткий период введения первого и второго прикормов; объем мяса и хлеба пшеничного выше рекомендуемого по возрасту; несоблюдение пятиразового режима питания с длительным сохранением свободного вскармливания. Дополнительные факторы: короткий период введения творога; объем фруктового сока выше рекомендуемого по возрасту; поздний переход на кусочковое питание; наличие 2–3 перекусов в день фруктами, грудным молоком, печеньем, творогом.

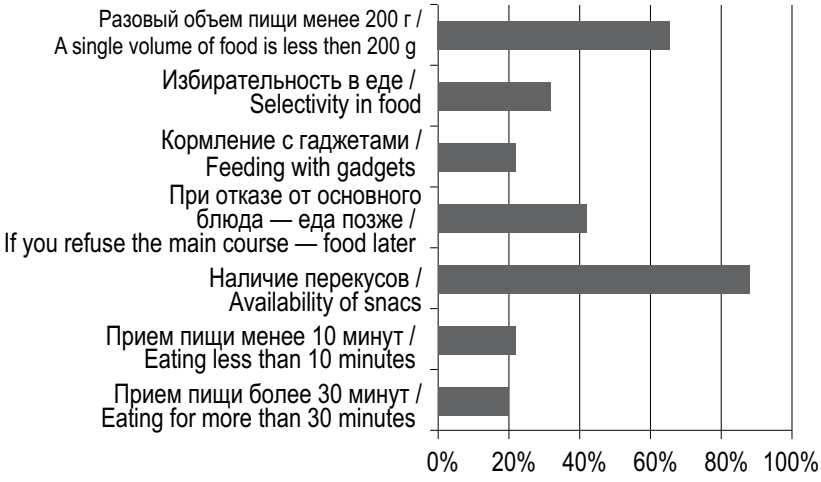


Рис. 5. Распространенность нарушений пищевого поведения

Fig. 5. Prevalence of eating disorders

У 100% детей с паратрофией (SDS>+2) увеличение ИМТ произошло в течение первого года жизни: у 89% из среднего показателя и у 11% из показателя недостаточности питания при рождении.

Ведущие факторы: короткий период введения первого и второго прикормов; ранний срок введения фруктового сока, творога; высокий стартовый объем творога, хлеба пшеничного, и объем этих продуктов выше рекомендуемого по возрасту; объем фруктового пюре выше рекомендуемого по возрасту; несоблюдение пятиразового режима питания с сохранением свободного вскармливания до сих пор; использование в питании ребенка иных продуктов (колбаса, сосиски, шоколад). Дополнительные факторы: высокий стартовый объем мяса, и объем выше рекомендуемого по возрасту; объем рыбы выше рекомендуемого по возрасту; отсутствие/раннее прекращение грудного вскармливания; наличие 3 перекусов в день фруктами, печеньем, выпечкой, творогом, фруктовым соком, грудным молоком.

Нарушения формирования пищевого поведения

В формировании пищевого поведения у детей раннего возраста проведен контроль постоянного соответствия разового объема пищи 200 граммам (150 г твердой пищи и 50 мл жидкости), наличия избирательности в еде, использования родителями во время кормления гаджетов/игрушек/телевизора, действий родителей при отказе ребенка от основного блюда кормления, наличия перекусов, их количества и состава, длительности одного приема пищи (рис. 5).

По итогам анализа 66% детей регулярно не съедают 200 г в одно кормление, преимущественно недоедая нужное количество твердой пищи. У 32% отмечена избирательность в отношении некоторых важных продуктов: 11% — рыба, 10% — овощи (кабачок, брокколи, картофель, тыква), по 4% — мясо, творог, по 3% — каши, яйца, 2% — кисломолочные продукты. 22% родителей допускают использование во время кормления ребенка гаджетов, игрушек или телевизора. При отказе ребенка от основного блюда родители в 44% случаев заменяли его другим видом еды из овощей, мяса или круп и в 42% — не настаивали, предлагая поесть позже. В 88% между тремя основными и двумя дополнительными приемами пищи родители предлагают ребенку перекусы. Чаще всего их количество составляет 2–3 раза в день, а состоят они в 27% из фруктов, в 22% — из воды, в 20% — из грудного молока. Были также выявлены перекусы более калорийными продуктами: овощи, выпечка, творог, печенье, оладьи. Длительность процесса приема пищи чаще всего (в 28 и 30% случаев соответственно) составляла 15–20 минут, но в остальных 42% была более долгой — свыше 30 минут, или более быстрой — менее 10 минут.

ОБСУЖДЕНИЕ

В результате анализа выявлено, что наиболее распространены несоответствия в сроках введения и объемах основных прикормов и

дополнительных продуктов. Определены возможные последствия данных нарушений. С рождения и в течение первого года жизни наблюдается динамика ИМТ в зависимости от особенностей питания ребенка. В 43 % случаев ИМТ на момент исследования не соответствует средним значениям. На снижение массы тела относительно возрастной и половой нормы значимы поздние сроки введения прикормов и отсутствие в рационе некоторых продуктов, в частности1 белковых. На увеличение массы тела влияет долгое сохранение свободного вскармливания, большие для возраста объемы потребления белковых и углеводных продуктов, несоблюдение пятиразового режима питания и обилие высококалорийных перекусов. Несоответствие сроков и неправильные объемы основных прикормов и дополнительных продуктов способствуют возникновению даже у детей раннего возраста таких вариантов нарушений пищевого поведения, как избирательность в еде и нежелание за раз съедать необходимый объем пищи. Это обусловливает длительность процесса приема пищи более 30 минут или менее 10 минут, иллюстрирующую недостаточное развитие у ребенка пищевого интереса. Неполноценное поступление пищевых веществ и эссенциальных нутриентов с основными или дополнительными приемами пищи в совокупности с отсутствием режима кормлений приводит к перекусам, состав которых не может до конца восполнить потребности детского организма и лишь увеличивает нагрузку на желудочно-кишечный тракт.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существует Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, четко регламентирующая основные правила питания, но при этом организация прикормов у всех исследуемых детей не является достаточно грамотной. Педиатрам следует уделять больше внимания введению прикормов, так как нарушения правил могут воздействовать на здоровье ребенка, в раннем возрасте проявляясь в виде отклонений в физическом развитии и пищевом поведении.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. 4-е издание, переработанное и дополненное. М.; 2019.
2. Баирова С.В., Обухова А.А., Карушева Д.М. Нарушение пищевого поведения у детей раннего возраста. Студенческая наука — 2018. Рецензируемые научно-практические материалы Всероссийского научного форума студентов и молодых ученых с международным участием: тез. докл. СПб.; 2018: 35.
3. Баирова С.В., Колтунцева И.В., Сахно Л.В. Ошибки вскармливания детей первого года жизни в практике участкового педиатра и их последствия. Детская медицина Северо-Запада: тез. докл. СПб.; 2021; 9(1): 38–9.
4. Булатова Е.М., Богданова Н.М., Шабалов А.М. и др. Прикорм — важная составляющая рациона ребенка: влияние на здоровье и пути оптимизации. Педиатр. 2018; 9(2): 22–9. DOI: 10.17816/PED9222-29.
5. Воронцов И.М. Диетология развития — важнейший компонент профилактической педиатрии и валеологии детства. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 1997; 76(3): 57–61.

6. Камалова А.А. Обновленные европейские рекомендации по введению прикорма у детей — тема для размышлений. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2017; 62(6): 92–8. DOI: 10.21508/1027-4065-2017-62-6-92-98.
7. Ситникова А.Д., Леушина Е.С., Ляпунова Е.В. Ошибки при организации питания детей первого года жизни в городе Кирове. Сборник статей Международной медицинской конференции «Современные медицинские исследования». Кемерово; 2020: 12–4.
8. Алексеева А.В. Влияние состояния здоровья ребенка на сроки введения прикормов. Российский педиатрический журнал. 2019; 22(6): 359–65. DOI: 10.18821/1560-9561-2019-22-6-359-365.
9. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Бушуева Т.В. и др. Прикорм, особенности введения. Клинические случаи. Вопросы современной педиатрии. 2017; 16(4): 304–13. DOI: 10.15690/vsp.v16i4.1777.
10. Медражевская Я.А., Фик Л.А. Сравнительный анализ в осведомленности современных мам о правилах введения прикорма. Universum: медицина и фармакология. 2018; 8(53): 1–3.
11. Сугян Н.Г., Захарова И.Н. Продукты прикорма и здоровье младенца. Медицинский совет. 2022; 16(1): 122–7.
12. Намазова-Баранова Л.С., Вишнёва Е.А., Селимзянова Л.Р. и др. Введение прикорма и пищевая аллергия: новые исследования и современные клинические рекомендации. Вопросы современной педиатрии. 2017; 16(3): 196–201. DOI: 10.15690/vsp.v16i3.1729.
13. Weker H., Barańska M., Riahi A. et al. Nutrition of infants and young children in Poland — Pitnuts 2016. Dev Period Med. 2017; 21(1): 13–28. DOI: 10.34763/devperiodmed.20172101.1328.
14. Yu C., Binns C.W., Lee A.H. The Early Introduction of Complementary (Solid) Foods: A Prospective Cohort Study of Infants in Chengdu, China. Nutrients. 2019; 11(4): 760. DOI: 10.3390/nu11040760.
15. Arora A., Manohar N., Hector D. et al. Determinants for early introduction of complementary foods in Australian infants: findings from the HSHK birth cohort study. Nutr J. 2020; 19(1): 16. DOI: 10.1186/s12937-020-0528-1.
16. Barrera C.M., Hamner H.C., Perrine C.G., Scanlon K.S. Timing of Introduction of Complementary Foods to US Infants, National Health and Nutrition Examination Survey 2009–2014. J Acad Nutr Diet. 2018; 118(3): 464–70. DOI: 10.1016/j.jand.2017.10.020.
17. Agostoni C., Przyrembel H. The timing of introduction of complementary foods and later health. World Rev Nutr Diet. 2013; 108: 63–70. DOI: 10.1159/000351486.
18. Romulus-Nieuwelink J.J., Doak C., Albernaz E. et al. Breast milk and complementary food intake in Brazilian infants according to socio-economic position. Int J Pediatr Obes. 201; 6(2-2): 508–14. DOI: 10.3109/17477166.2010.512387.
19. Петеркова В.А., Нагаева Е.В., Ширяева Т.Ю. Оценка физического развития детей и подростков. Методические рекомендации. М.; 2017.
20. Павловская Е.В. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста: современные подходы к диагностике и коррекции. Медицинский совет. 2021; 17: 32–9. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-17-2. № 17.
21. Пырьева Е.А., Гмошинская М.В., Шилина Н.М., Гурченкова М.А. Ранние этапы формирования пищевого поведения. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2017; 62(3): 125–9. DOI: 10.21508/1027-4065-2017-62-3-125-129.
22. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. СПб.: Фолиант; 2009.
23. Solomons N.W., Vossenaar M. Nutrient density in complementary feeding of infants and toddlers. Eur J Clin Nutr. 2013; 67(5): 501–6. DOI: 10.1038/ejcn.2013.46.

REFERENCES

1. Natsional'naya programma optimizatsii vskarmlivaniya detey pervogo goda zhizni v Rossiyskoy Federatsii. [National program for optimizing the feeding of children in the first year of life in the Russian Federation]. 4-ye izdaniye, pererabotannoye i dopolnennoye. Moskva; 2019. (in Russian).
2. Bairova S.V., Obukhova A.A., Karusheva D.M. Narusheniye pishchevogo povedeniya u detey rannego vozrasta. Studencheskaya nauka — 2018. [Eating disorders in young children]. Retsenziruyemyye nauchno-prakticheskiye materialy Vserossiyskogo nauchnogo foruma studentov i molodykh uchenykh s mezhdunarodnym uchastiyem: tez. dokl. Sankt-Peterburg; 2018: 35. (in Russian).
3. Bairova S.V., Koltuntseva I.V., Sakhno L.V. Oshibki vskarmlivaniya detey pervogo goda zhizni v praktike uchastkovogo pediatra i ikh posledstviya. [Errors in feeding children in the first year of life in the practice of a local pediatrician and their consequences]. Detskaya meditsina Severo-Zapada: tez. dokl. Sankt-Peterburg; 2021; 9(1): 38–9. (in Russian).
4. Bulatova Ye.M., Bogdanova N.M., Shabalov A.M. i dr. Prikorm — vazhnaya sostavlyayushchaya ratsiona rebenka: vliyaniye na zdorov'ye i puti optimizatsii. [Complementary feeding is an important component of a child's diet: impact on health and ways to optimize it]. Pediatrю 2018; 9(2): 22–9. DOI: 10.17816/PED9222-29. (in Russian).
5. Vorontsov I.M. Diyetologiya razvitiya — vazhneyshiy komponent profilakticheskoy pediatrii i valeologii detstva. [Developmental dietetics is an essential component of preventive pediatrics and childhood valeology]. Pediatriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo. 1997; 76(3): 57–61. (in Russian).

6. Kamalova A.A. Obnovlennyye yevropeyskiye rekomendatsii po vvedeniyu prikorma u detey — tema dlya razmyshleniy. [Updated European recommendations on the introduction of complementary feeding to children — a topic for reflection]. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2017; 62(6): 92–8. DOI: 10.21508/1027-4065-2017-62-6-92-98. (in Russian).
7. Sitnikova A.D., Leushina Ye.S., Lyapunova Ye.V. Oshibki pri organizatsii pitaniya detey pervogo goda zhizni v gorode Kirove. [Mistakes when organizing meals for children of the first year of life in the city of Kirov]. Sbornik statey Mezhdunarodnoy meditsinskoy konferentsii «Sovremennyye meditsinskiye issledovaniya». Kemerovo; 2020: 12–4. (in Russian).
8. Alekseyeva A.V. Vliyaniye sostoyaniya zdorov'ya rebenka na sroki vvedeniya prikormov. [The influence of the child's health status on the timing of the introduction of complementary foods]. Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. 2019; 22(6): 359–65. DOI: 10.18821/1560-9561-2019-22-6-359-365. (in Russian).
9. Skvortsova V.A., Borovik T.E., Bushuyeva T.V. i dr. Prikorm, osobennosti vvedeniya. [Complementary feeding, features of introduction]. Klinicheskiye sluchai. Voprosy sovremennoy pediatrii. 2017; 16(4): 304–13. DOI: 10.15690/vsp.v16i4.1777. (in Russian).
10. Medrazhevskaya Ya.A., Fik L.A. Sravnitel'nyy analiz v osvedomlennosti sovremennykh mam o pravilakh vvedeniya prikorma. [A comparative analysis of the awareness of modern mothers about the rules for introducing complementary foods]. Universum: meditsina i farmakologiya. 2018; 8(53): 1–3. (in Russian).
11. Sugyan N.G., Zakharova I.N. Produkty prikorma i zdorov'ye mladentsa. [Complementary feeding products and baby health]. Meditsinskiy sovet. 2022; 16(1): 122–7. (in Russian).
12. Namazova-Baranova L.S., Vishnova Ye.A., Selimzyanova L.R. i dr. Vvedeniye prikorma i pishchevaya allergiya: novyye issledovaniya i sovremennyye klinicheskiye rekomendatsii. [Introduction of complementary feeding and food allergies: new research and modern clinical recommendations]. Voprosy sovremennoy pediatrii. 2017; 16(3): 196–201. DOI: 10.15690/vsp.v16i3.1729. (in Russian).
13. Weker H., Barańska M., Riahi A. et al. Nutrition of infants and young children in Poland — Pitnuts 2016. Dev Period Med. 2017; 21(1): 13–28. DOI: 10.34763/devperiodmed.20172101.1328.
14. Yu C., Binns C.W., Lee A.H. The Early Introduction of Complementary (Solid) Foods: A Prospective Cohort Study of Infants in Chengdu, China. Nutrients. 2019; 11(4): 760. DOI: 10.3390/nu11040760.
15. Arora A., Manohar N., Hector D. et al. Determinants for early introduction of complementary foods in Australian infants: findings from the HSHK birth cohort study. Nutr J. 2020; 19(1): 16. DOI: 10.1186/s12937-020-0528-1.
16. Barrera C.M., Hamner H.C., Perrine C.G., Scanlon K.S. Timing of Introduction of Complementary Foods to US Infants, National Health and Nutrition Examination Survey 2009–2014. J Acad Nutr Diet. 2018; 118(3): 464–70. DOI: 10.1016/j.jand.2017.10.020.
17. Agostoni C., Przyrembel H. The timing of introduction of complementary foods and later health. World Rev Nutr Diet. 2013; 108: 63–70. DOI: 10.1159/000351486.
18. Romulus-Nieuwelink J.J., Doak C., Albernaz E. et al. Breast milk and complementary food intake in Brazilian infants according to socio-economic position. Int J Pediatr Obes. 201; 6(2-2): 508–14. DOI: 10.3109/17477166.2010.512387.
19. Peterkova V.A., Nagaeva E.V., Shiryaeva T.Yu. Otsenka fizicheskogo razvitiya detey i podrostkov. Metodicheskiye rekomendatsii [Assessment of physical development of children and adolescents. Guidelines]. Moskva, 2017. (in Russian).
20. Pavlovskaya Ye.V. Narusheniya pishchevogo povedeniya u detey rannego vozrasta: sovremennyye podkhody k diagnostike i korrektsii. [Eating disorders in young children: modern approaches to diagnosis and correction]. Meditsinskiy sovet. 2021; 17: 32–9. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-17-2.№17. (in Russian).
21. Pyr'yeva Ye.A., Gmoshinskaya M.V., Shilina N.M., Gurchenkova M.A. Ranniye etapy formirovaniya pishchevogo povedeniya. [Early stages of the formation of eating behavior]. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2017; 62(3): 125–9. DOI: 10.21508/1027-4065-2017-62-3-125-129. (in Russian).
22. Vorontsov I.M., Mazurin A.V. Propedevtika detskikh bolezney. [Propaedeutics of childhood diseases]. Sankt-Peterburg: Foliant Publ.; 2009. (in Russian).
23. Solomons N.W., Vossenaar M. Nutrient density in complementary feeding of infants and toddlers. Eur J Clin Nutr. 2013; 67(5): 501–6. DOI: 10.1038/ejcn.2013.46.