

# Лекция по педиатрии

## *Рациональное вскармливание детей первого года жизни*

Идеальной пищей для детей первых месяцев жизни является материнское молоко, содержащее в оптимальных количествах и соотношениях биологически полноценные белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества, органические кислоты, гормоны, иммунные тела, ферменты, антимикробные факторы – лизоцим, лактоферрин, а также бифидогенные вещества.

В настоящее время педиатрами всего мира признано, что вскармливание материнским молоком было и остается самым полноценным питанием для грудных детей.

К смешанному вскармливанию условно относят такое, когда кормление ребенка первого года жизни составляет не менее  $1/5$  суточного количества пищи. При искусственном вскармливании грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее  $1/5$  суточного объема питания.

При недостаточном количестве грудного молока у матери осуществляется докорм ребенка искусственной смесью.

Для обеспечения рационального сбалансированного питания ребенка в его рацион должны входить все основные питательные вещества:

*белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества, вода* – в необходимом количестве и правильном соотношении.

Таблица 1.

## Суточная потребность детей первого года жизни в основных пищевых веществах и энергии (на 1 кг массы тела)\*

Возраст	Энергия, ккал	Белки, г		Жиры, г (в том числе растительные)	Углеводы, г
		всего	животные		
0-3 мес.**	115	2,2	2,2	6,5 (0,7)	13
4-6 мес.**	115	2,6	2,5	6,0 (0,7)	13
7-12 мес.**	110	2,9	2,3	5,5 (0,7)	13

\* Нормы потребности в пищевых веществах и энергии утверждены 18 декабря 2008 г, МР 2.3.1.2432 -08.

\*\* Потребности детей первого года жизни в энергии, белке, жире, углеводах даны в расчете г/кг массы тела.

## Рекомендуемые величины потребления витаминов для детей (в день)

Витамины	Возраст		
	0-3 мес.	4-6 мес.	7-12 мес.
Тиамин (мг)	0,3	0,4	0,5
Рибофлавин (мг)	0,4	0,5	0,6
Витамин В6 (мг)	0,4	0,5	0,6
Витамин В12 (мг)	0,3	0,4	0,5
Фолиевая кислота (мг)	40	40	60
Ниацин (мг)	5	6	7
Аскорбиновая кислота (мг)	30	35	40
Витамин А (ретиноловый экв., мкг)	400	400	400
Витамин Е (МЕ)	3	3	4
Витамин Д , мкг	10	10	10

Для профилактики и лечения рахита при подборе доз витамина Д необходимо учитывать его содержание в смеси.

Таблица 3.

Рекомендуемые величины потребления минеральных веществ  
(мг/ день)

Возраст	Кальций	Фосфор	Магний	Железо
0-3 мес.	400	300	55	4
4-6 мес.	500	400	60	7
7-12 мес.	600	500	70	10

Потребность детей первого года жизни в воде индивидуальна и определяется характером вскармливания, состоянием здоровья, климатическими условиями проживания.

Ориентировочная потребность в жидкости (включая и воду) составляет 100-150 мл на 1 кг массы тела. Преимущественно эти количества, особенно в первые 6 месяцев жизни, покрываются за счет женского молока и его заменителей. Важно особо подчеркнуть, что дети, находящиеся на чисто грудном вскармливании, не нуждаются ни в какой дополнительной жидкости, кроме женского молока.

Таблица 4.

## Средние показатели увеличения массы тела и длины тела у детей первого года жизни

Месяцы жизни	Показатели увеличения			
	Масса тела (г)		Длина тела (см)	
	За месяц	За весь период	За месяц	За весь период
1 мес.	600	600	3	3
2 мес.	800	1400	3	6
3 мес.	800	2200	2,5	8,5
4 мес.	750	2950	2,5	11
5 мес.	700	3650	2	13
6 мес.	650	4300	2	15
7 мес.	600	4900	2	17
8 мес.	550	5450	2	19
9 мес.	500	5950	1,5	20,5
10 мес.	450	6500	1,5	22
11 мес.	400	6800	1,5	23,5
12 мес.	350	7150	1,5	25

Масса тела доношенного новорожденного в среднем составляет для мальчиков 3494 г, для девочек – 3348 г.

Допустимыми колебаниями массы тела при рождении считаются 2700-4000 г.

Новорожденные массой менее 2500 г считаются недоношенными или родившимися с внутриутробной гипотрофией, а с массой 4000 г и более – крупными.

Для ориентировочного расчета массы тела на первом году можно использовать ряд формул:

1. Масса тела может быть определена как сумма: масса тела при рождении +  $800 \text{ г} \times n$ , где  $n$  – число месяцев в течение первого полугодия, а  $800 \text{ г}$  – средняя ежемесячная прибавка массы тела в течение первого полугодия.

Для второго полугодия жизни масса тела равна: масса тела при рождении + прибавки массы тела за первое полугодие  $(800 \times 6) + 400 \times (n - 6)$ ,

где  $n$  – возраст в месяцах, а  $400 \text{ г}$  – средняя ежемесячная прибавка массы тела за второе полугодие.

2. Масса тела ребенка в 6 месяцев равна  $8200 \text{ г}$ , на каждый недостающий месяц вычитается по  $800 \text{ г}$ , на каждый последующий месяц прибавляется по  $400 \text{ г}$ .

Ориентировочно расчет массы тела у детей старше года можно проводить по следующим формулам:

1. Масса тела ребенка в возрасте 2-11 лет равна:  
 $10,5 \text{ кг} + 2n$ ,

где  $n$  – возраст ребенка до 11 лет, а 10,5 кг – средняя масса тела годовалого ребенка.

2. Масса тела ребенка в возрасте 5 лет в среднем равна 19 кг. На каждый недостающий год до 5-ти лет вычитается 2 кг, а на каждый последующий год прибавляется 3 кг.

3. Масса тела детей в возрасте от 12 до 15 лет равна:  
 $n \times 5-20 \text{ кг}$ ,

где  $n$  - возраст ребенка 12 лет и старше.

Первое прикладывание к груди здорового новорожденного позволяет ребенку адаптироваться к новым условиям внеутробного существования и способствует становлению лактации у матери. Ранний контакт ребенка с матерью «кожа к коже» способствует усилению чувства материнства, становлению взаимоотношений между младенцем и матерью (так называемый «бондинг»-эффект), обладает выраженным лактогенным эффектом, а также положительно сказывается на развитии психики и эмоциональной сферы ребенка. Убедительно доказано, что дети, находившиеся на естественном вскармливании, в дальнейшем нередко опережают своих сверстников, получавших искусственные смеси, по когнитивным (познавательным) возможностям.

В женском молоке, молозиве в большом количестве определяются лейкоциты (1.000.000 в 1 мл) - макрофаги и нейтрофилы с фагоцитарной активностью, лимфоциты, иммуноглобулины, особенно секреторный IgA, лактоферрин, лактопероксидаза, интерферон, комплемент, бифидусфактор, антистафилококковый фактор. При рождении сопротивляемость желудочно-кишечного тракта к различным бактериальным и вирусным возбудителям сформирована не полностью. Иммунитет, передаваемый ребенку с молоком матери, носит достаточно оперативный характер.

Между молочной железой и кровотоком осуществляется постоянный обмен лимфоцитами. Лимфоциты, попавшие в кишечник матери и вошедшие в контакт с инфекционным агентом в дыхательных путях и коже, заселяют ацинарную ткань молочной железы. Отсюда вырабатываемые антитела и сами иммуноциты проникают в молозиво и молоко кормящей матери. Секреторный IgA стабилен при низкой рН кишечника новорожденного и не разрушается протеолитическими ферментами. То же справедливо относительно лактоферрина и лизоцима.

Гипогалактия – пониженная секреторная способность грудных желез. Недостаточное образование молока может наблюдаться или сразу же после родов – ранняя гипогалактия, или в более отдаленный период через 10 и более дней после родов – поздняя форма. Помимо ранней и поздней форм гипогалактии следует различать первичную и вторичную ее формы, которые определяются различными причинами и предрасполагающими факторами.

Одной из причин возникновения первичной гипогалактии следует считать нейроэндокринные нарушения. Наличие эндокринных нарушений у женщин, страдающих первичной гипогалактией, нередко клинически подтверждается признаками инфантилизма полового аппарата, более поздним появлением у них месячных и т. п. Частыми факторами, способствующими развитию гипогалактии, являются заболевания матери и осложнения беременности – сердечно-сосудистые заболевания, токсикозы беременных, крупные акушерские операции, кровотечения и т. п.

Как правило, трудно бывает при гипогалактии выделить ведущий фактор. Кроме того, одним из факторов, способствующих ранней гипогалактии у родильниц, является позднее прикладывание ребенка к груди, недостаточная активность ребенка при кормлении («вялые» или «ленивые» сосуны).

Вторичная гипогалактия чаще бывает одновременно и поздней. Она развивается в результате неправильной техники кормления ребенка нерационального образа жизни, недостаточного питания, переутомлений, психических переживаний и заболеваний матери, при новой беременности и появлении менструаций.

Кормящая мать должна соблюдать режим отдыха, сна и питания. Питание кормящей матери должно быть примерно таким же, как и в период беременности. Потребность в основных пищевых веществах в сутки составляет: около 100 г белка, из них 60-70% животного происхождения, около 100 г жира, в том числе 20 г растительного масла, 400-500 г углеводов. Калорийность питания должна быть выше обычной на 350 - 500 килокалорий (3200-3500) в сутки.

Примерный суточный набор продуктов состоит из 200 г мяса или рыбы, 1 л молока в любом виде, 100-150 г творога, 20-30 г сыра, 1 яйца, 600 г овощей (из них не более 200 г картофеля), 200-300 г фруктов.

Важную роль в профилактике и лечении гипогалактии подлежит отводить полноценному питанию, режиму питья, сна, отдыха матери. Для улучшения молокоотдачи рекомендуется за 10-15 минут до кормления выпить чай, компот, отвар шиповника. Из медикаментозных средств можно использовать витаминные препараты: никотиновую кислоту по 40-50 мг 2-3 раза в день за 10-15 минут до кормления, витамины Е по 10-15 мг 2 раза в день – 10-15 дней, апилак по 0,01 г 3 раза в день в течение 2-х недель. Хороший эффект оказывает ультрафиолетовое облучение молочных желез.

Для коррекции рациона питания кормящих грудью женщин и улучшения лактации разработаны специализированные продукты – смеси, напитки, соки, чай. Данные продукты способствуют улучшению лактации, а также являются дополнительным источником витаминов и минералов, потребность в которых во время кормления грудью значительно увеличивается. К подобным продуктам относятся соки для кормящих грудью женщин «ФрутоНяня» для двоих «Для улучшения лактации», которые обогащены комплексом витаминов (Е, В1, В2, В6, В12, фолиевая кислота, пантотеновая кислота, РР, биотин, витамин С), а также лактатом кальция.

## ФИТОТЕРАПИЯ ГИПОГАЛАКТИИ

Лекарственные растения, употребляемые в виде травяных чаев, оказывают положительный эффект на образование молока.

1. Смесь хмеля (шишки) – 20 г, укропа (семена) – 25 г, тмина (семена) – 25 г, крапивы (листья) – 25 г. На 1 л кипятка заваривают 30-40 г смеси. Настаивают 5-7 минут. Принимают до еды по 50 мл.
2. Смесь фенхеля (плоды), аниса и укропа (семена). Одна чайная ложка на 1 стакан кипятка. Настоять в течение 10-15 минут. Применяют 3-4 чашки настоя в течение суток.
3. Тмина 1 чайная ложка. Заваривается 1 стаканом кипящего молока. Настаивается в течение 10-15 минут. Выпивается в течение дня.
4. 3 столовые ложки сухой крапивы завариваются 2 стаканами кипятка. Настаиваются 10-15 минут. Принимаются в течение дня.
5. 1/2 стакана очищенных, измельченных грецких орехов заливают 0,5 л кипящего молока и настаивают в термосе 3-4 часа. Принимается 1/3 стакана за 20 минут до каждого кормления через день.

## ДУШЕ-МАССАЖНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

После кормления ребенка и сцеживания молока грудную железу, которой кормили ребенка, рекомендуется облить горячим душем при температуре воды не более 44-45 °С. Параллельно должен проводиться массаж железы круговыми разминающими движениями от центра к периферии и сверху вниз с одновременным сцеживанием остатков молока. Процедура повторяется 4 раза в день (2 раза для каждой груди в чередовании) по 10 минут. Душ можно заменить компрессом из мягкой ткани, смоченной горячей водой. Противопоказаниями для душе-массажных процедур являются мастит и выраженная лакторея.

При трещинах сосков III степени рекомендуется кормить ребенка, используя специальные накладки на соски. Показана обработка сосков следующими средствами:

- галаскорбин – 2 ч. л. Растворить в 100 мл дистиллированной воды, смочить салфетку и 3-4 раза в день обрабатывать трещины сосков;
- 3,44% раствор ретинола ацетата – после кормлений смазывать трещины 3-4 раза в день и на ночь;
- линимент синтомицина 5% – наносить на пораженные участки 1-2 раза в сутки;
- настоей эвкалипта – лист эвкалипта залить холодной водой, довести до кипения, кипятить в течение 15 минут, настаивать 2 часа и обрабатывать соски перед кормлением ребенка;
- раствор хлорофиллипта масляного 2% – обрабатывать соски после кормления;
- сок алоэ, каланхоэ – смочить салфетку и прикладывать на трещины 3-4 раза в день и на ночь;
- мазь солкосерила, мазь «Проросеі» – смазывать соски при длительно незаживающих трещинах 2 раза в день после кормления.

Для профилактики гипогалактии используются следующие гомотоксикологические препараты:

1. Пульсатилла Композитум – внутримышечно в 11-00 утра, однократно;
2. Пульсатилла Инъель – внутримышечно на ночь.

Родильницам, имеющим большую кровопотерю и астенический синдром во время беременности и (или) родов особенно «подобны» и, следовательно, показаны следующие гомотоксические препараты:

1. Галиум «Heel» - капли через рот, по 5-7 капель, 4 раза в день;
2. Хина Гомаккорд - капли через рот (в промежутке между кормлениями, по 7-9 капель до 5-6 раз в сутки).

Важную роль в становлении лактации у родившей женщины играет время первого прикладывания ребенка к груди, которое в настоящее время рекомендуется осуществлять сразу же после рождения, непосредственно в родильном зале в первые 30-60 минут после родов с учетом состояния новорожденного и роженицы.

В течение многих лет в нашей стране основным подходом к вскармливанию детей было кормление строго по часам, с соблюдением вначале 3-х часового, а затем 3,5 часового перерыва между кормлениями.

Однако, в последние годы произошел пересмотр этих рекомендаций, и в настоящее время следует признать существенно большую эффективность «свободного» вскармливания или, иначе, вскармливания по «требованию ребенка», под которым понимают прикладывание к груди столько раз и в такое время, в какое требует ребенок, включая ночные часы. Частота кормления зависит от активности рефлекса новорожденного и массы тела при рождении.

В первые 7-10 дней жизни ребенка его потребность в женском молоке или молочной смеси быстро нарастает. Для приблизительного расчета суточного объема питания можно пользоваться формулой Зайцевой.

Объем молока за сутки (мл) равен  $2\%$  от массы тела при рождении (г)  $\times$  n, где n – число дней жизни ребенка.

Для определения количества грудного молока или детской молочной смеси, необходимого на одно кормление, следует суточный объем разделить на число кормлений.

Разовый объем молока также можно подсчитать, умножив число дней жизни ребенка на 10.

После 7-10 дня жизни ребенка при подсчете объема питания используют «калорийный», «объемный» способы, формулу Шкарина.

При расчете питания «калорийным» способом учитываются энергетические потребности детей, которые в первом полугодии составляют 115 ккал/кг, а во втором полугодии 110 ккал/кг. Зная массу тела ребенка и приблизительную калорийность детской молочной смеси (680 ккал/л), можно рассчитать ее необходимый суточный объем (X). Так, ребенку в возрасте 2-х месяцев с массой тела 4600г требуется  $115 \times 4,6 = 529$  ккал/сут.

Объем молочной смеси =  $(529 \times 1000) : 680 = 780$  мл.

«Объемный» метод заключается в определении суточного объема питания в зависимости от массы тела и возраста ребенка (таблица №5). Этот метод приближен и неточен.

**Объемный метод суточного объема питания в зависимости от массы тела и  
возраста ребенка**

<b>Возраст</b>	<b>Суточный объем грудного молока или детской молочной смеси</b>
10 дней – 2 месяца	$1/5$ массы тела
2-4 месяца	$1/6$ массы тела
4-6 месяцев	$1/7$ массы тела
6-12 месяцев	$1/8$ массы тела

Использование формулы Шкарина предполагает, что ребенок в возрасте 8 недель (2мес.) должен получать 800 мл молока в сутки.

На каждую неделю, недостающую до 8 недель – на 50 мл меньше смеси или грудного молока в сутки:

$$800-50\times(8 - n),$$

где  $n$  – число недель жизни ребенка.

На каждый месяц после двух месяцев – на 50 мл больше смеси или грудного молока:

$$800+50\times(n - 2),$$

где  $n$  – число месяцев жизни ребенка.

При расчете питания любым способом необходимо помнить, что его суточный объем у детей первого полугодия жизни не должен превышать 1000 мл смеси или грудного молока, во втором полугодии – 1000-1100 мл.

При смешанном вскармливании следует придерживаться ряда основных правил:

- в каждом случае необходимо учитывать, сколько грудного молока ребенок получает от матери, и недостающее количество пищи восполнять молочными смесями;
- даже при небольшом количестве грудного молока у матери его следует сохранять как можно дольше;
- докорм следует давать после кормления грудью;
- в зависимости от количества молока у матери докорм назначают после всех или некоторых кормлений грудью, а также в виде отдельных самостоятельных кормлений, последний вариант целесообразен при полном привыкании ребенка к новой пище;
- при докорме из бутылочки соска должна быть упругой, с 3-5 мелкими отверстиями на конце;
- при смешанном вскармливании необходимо оставлять не менее трех грудных кормлений, так как при более редком прикладывании к груди лактация быстро угасает.

Учитывая, что грудное молоко обладает многими ценными свойствами, создание так называемых «заменителей женского молока» - процесс трудный и ответственный. Почти все смеси для искусственного вскармливания детей готовятся на основе коровьего молока. Исключение составляет смесь «Нэнни» (Новая Зеландия), которая готовится из козьего молока.

При этом задача адаптации коровьего (или козьего) молока сводится прежде всего к снижению содержания белка и солей кальция, к изменению липидных фракций за счет введения определенных количеств незаменимых жирных кислот, а также повышения содержания сахара – лактозы, оказывающей стимулирующее действие на развитие полезной микрофлоры кишечника.

При создании смесей с целью приближения количества белка к женскому молоку пользуются различными разведениями. Благодаря использованию современных технологических процессов во многих «заменителях женского молока» содержание белка приближено к таковому в женском молоке.

Современные адаптированные молочные смеси обогащены аминокислотами: цистином и таурином, которые необходимы для формирования головного мозга, зрительных функций, синтеза жирных кислот, усвоения жира. Эти аминокислоты содержатся в адекватном количестве в женском молоке, а у ребенка их синтез ограничен из-за низкой активности ферментов, поэтому их включают в искусственные смеси. Рекомендуемый уровень таурина – 50 мг/100 г белка, цистина – 1,7 г/100 г белка.

Очень важно в «заменителях женского молока» предусмотреть правильный состав жирового компонента. Жиры коровьего молока значительно отличаются от жира грудного молока, особенно по содержанию незаменимых жирных кислот (линолевой, альфа-линоленовой, арахидоновой). Содержание этих кислот в женском молоке во много раз превышает их содержание в коровьем.

Адаптация жирового (липидного) компонента заменителей женского молока достигается за счет частичной или полной замены молочного жира на смесь растительных масел. Это позволяет повысить в смеси уровень некоторых незаменимых или эссенциальных ненасыщенных жирных кислот – ДНЖК или ПНЖК, в частности, содержание линолевой и альфа-линоленовой кислот, а также оптимизировать их соотношение.

Существуют несколько видов детских молочных смесей.

Одни из них предназначены для детей от 0 до 6 месяцев жизни, - это так называемые «начальные» или «стартовые» смеси.

Для детей второго полугодия жизни используются «последующие» смеси.

Третью группу составляют смеси от «0-12 месяцев», которые могут применяться на протяжении всего первого года жизни ребенка.

Состав начальных смесей максимально адаптирован к особенностям обмена веществ и пищеварения детей первых месяцев жизни. В последнее время наблюдается тенденция к снижению уровня белка в современных детских молочных продуктах с целью его приближения к таковому в женском молоке. Это становится возможным при улучшении качества белкового компонента. Так, в большинстве начальных» смесей количество белка в 100 мл готового к употреблению продукта составляет 1,4-1,6 г (содержание белка в 100 мл женского молока равно 0,9-1,2 г), а в смеси «НАН» уровень белка снижен до 1,2 г/100 мл.

Белковый компонент молочных смесей представлен смесью легкоусвояемых сывороточных белков и казеином, в соотношении с казеином 50:50 или 60:40. Молочные смеси данной группы обогащены таурином. Отдельные продукты в своем составе содержат нуклеотиды: «Фрисолак 1» (Фризленд Нутришн, Голландия), «Нутрилак 0-6 мес. с нуклеотидами и пребиотиками» (Нутритек, Россия), «Энфамил 1» (Мид Джонсон, США), НАН 1 (Нестле, Швейцария).

К «начальным» смесям относятся  
«Нутрилак 0-6» (Группа Нутритек, Россия),  
«Галлия 1» (Данон, Франция),  
«Симилак формула плюс 1» (Эбботт  
Лэбораториз С.А., США/Испания),  
«Фрисолак 1» (Фризленд Нутришн, Голландия),  
«Хумана 1», (Хумана, Германия),  
«ХИПП-1» (Хипп, Австрия),  
«Энфамил 1» (Мид Джонсон, США),  
«Нутрилон 1» (Нутриция, Голландия) и др.

«Последующие» смеси, в отличие от «начальных», содержат более высокое количество железа, кальция, цинка. К этим смесям относятся «НАН 6-12 с бифидобактериями» (Нестле, Швейцария), «Фрисолак-2» (Голландия), «Сэмпер Бэби-2» (Швеция) и др.

Смеси «от 0 до 12 месяцев» используются на протяжении всего первого года жизни. В белковом компоненте могут преобладать как сывороточные белки, так и казеин. К смесям из данной группы относятся Нутрилак 0-12 мес. (Нутритек, Россия).

«Казеиновые формулы» – изготавливаются на основе сухого коровьего молока, основной белковый компонент которого представлен казеином, без добавления деминерализованной молочной сыворотки. Вследствие этого, такие смеси менее близки к белковому составу женского молока. В то же время, по всем остальным компонентам – углеводному, жировому, витаминному, минеральному – эти смеси, так же как и описанные выше адаптированные смеси, максимально приближены к составу женского молока.

Необходимость расширения питания ребенка и дополнения материнского молока другими продуктами питания обусловлена следующими факторами:

- необходимостью дополнительного введения в организм растущего ребенка энергии и ряда пищевых веществ, поступление которых только с женским молоком, на определенном этапе развития младенцев (с 6 месяцев), становится недостаточным;
- целесообразностью расширения спектра пищевых веществ рациона, в частности, за счет содержащихся в продуктах прикорма растительного белка, различных групп углеводов, растительных масел, микроэлементов, необходимых для дальнейшего роста и развития ребенка;
- необходимостью тренировки и развития пищеварительной системы, жевательного аппарата и стимуляции моторной активности кишечника детей;
- формирование вкуса.

Риск, связанный со слишком поздним введением прикорма, характеризуется недостаточным поступлением энергии и пищевых веществ только из грудного молока, что приводит к задержке развития, дефициту пищевых веществ, особенно цинка и железа, задержке развития жевания и дальнейшим трудностям восприятия пищи в виде кусочков и новых продуктов.

Согласно Резолюции 55-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (18 мая 2002 г), детям, находящимся на исключительно грудном вскармливании, рекомендуется назначать прикорм с 6-ти месяцев, при условии полноценного питания матери.

Таким образом, при достаточной лактации у матери, основной прикорм здоровым детям (овощное пюре, каша и др.) целесообразно вводить с 6 месяцев.

В 6 месяцев ребенок кормится 5 раз в сутки по 200 мл (в 6.00, 10.00, 14.00, 18.00, 22.00).

## При введении прикорма следует твердо придерживаться следующих правил:

1. Начинать введение любого нового продукта только тогда, когда ребенок не болен.
2. Не начинать введение прикорма в жаркую погоду и во время проведения профилактических прививок.
3. Каждый новый продукт (блюдо) надо вводить постепенно, с небольших количеств (пюре или кашу – с 1/2 чайной ложки), внимательно наблюдая за его переносимостью. При появлении симптомов плохой переносимости продукта (нарушение функции кишечника, аллергические реакции и др.) необходимо прекратить введение этого продукта и попытаться вновь ввести его через некоторое время. При повторной негативной реакции от введения продукта следует отказаться и попытаться заменить его аналогичным (например – яблочное пюре – грушевым, гречневую кашу – овсяной и т. п.)
4. Прикорм следует давать детям до кормления грудью, с ложечки, а не через соску. Введение любого нового вида пищи следует начинать с одного (монокомпонентного) продукта, постепенно переходя к смеси двух, а затем и нескольких продуктов данной группы.

# ЧЕТЫРЕ СТАДИИ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА

Стадия 1 (примерный возраст 4-6 месяцев)

В начале введения прикорма ребенку нужно привыкнуть есть пищу с ложки. Для того, чтобы облегчить этот процесс, первые продукты должны иметь однородную пюреобразную консистенцию. Осваивание умения всасывать пищу с ложки потребует не которого времени и терпения. На этой стадии идеальны пюре на основе одного продукта, так как они дают ребенку различные вкусовые ощущения, которые впоследствии помогут ему воспринимать различные продукты. На этой стадии количество потребляемой твердой пищи не вносит существенный вклад в размер потребления энергии или пищевых веществ.

## Стадия 2 (примерный возраст 6 месяцев)

Как только у ребенка формируется умение есть с ложки, диапазон продуктов может увеличиться, с использованием пюре, консистенция которых уже несколько плотнее. Новые продукты, добавляемые к знакомым продуктам, могут помочь преодолеть проблемы, связанные с отказом от этих видов пищи.

## Стадия 3 (примерный возраст 7-8 месяцев)

На этой стадии ребенку подходит еда с более густой консистенцией (протертые и содержащая маленькие кусочки). Она поможет развить навык жевания. Дети в этом возрасте охотно берут пальчиками кусочки, поэтому им регулярно должна предлагаться еда, которую можно брать пальчиками, такая как сухарики, хлеб в виде тостов или кусочки фруктов или моркови. Матерям необходимо напоминать, что младенцев никогда нельзя оставлять одних во время еды из-за возможности поперхнуться.

## Стадия 4 (примерный возраст 10-12 месяцев)

К концу первого года жизни дети могут справляться с более крупными кусочками пищи и все чаще едят самостоятельно. Однако, ребенку все еще необходимо помогать во время еды для того, чтобы быть уверенным в том, что ребенком будет съедено достаточное количество пищи. В этом возрасте промежутки времени между приемами пищи будут больше, а дети могут есть за общим столом вместе с семьей в то время, в которое это принято в семье.

С 7 месяцев надо приучать ребенка есть ложкой и пить из чашки.

Первым можно рекомендовать яблочный сок, обладающий невысокими аллергенными свойствами. Затем могут назначаться грушевый, сливовый, абрикосовый, персиковый соки, позднее – черносмородиновый, вишневый и др. Кислые и терпкие соки следует разводить кипяченой водой. Соки цитрусовых, малиновый, клубничный, томатный следует назначать с учетом индивидуальной переносимости и аллергологического анамнеза, но не ранее 6 месяцев жизни ребенка. Это же относится и к сокам из тропических и других экзотических фруктов (манго, гуава, папайя и др.).

Фруктовые и фруктово-овощные соки могут быть осветленные и с мякотью, монокомпонентными (из одного фрукта) или поликомпонентными (из нескольких видов фруктов и овощей). Сначала вводят осветленные соки, затем соки с мякотью.

Введение сока стоит начинать с минимального количества (1/2 чайной ложки), постепенно за 5-7 дней увеличивая его объем до рекомендуемой нормы. Ребенок получает сок в 2-3 приема во время или после еды.

Суточный объем сока в мл приблизительно равен возрасту ребенка в месяцах, умноженному на 10.

В таблице №6 приведена новая предлагаемая схема введения прикорма детей первого года жизни по данным Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Программа утверждена на XVI Съезде педиатров России в феврале 2009 года.

Таблица 6.

## Примерная схема прикорма детей первого года жизни

Наименование продуктов и блюд (г, мл)	Возраст (мес.)			
	4-6	7	8	9-12
Овощное пюре	10-150	170	180	200
Молочная каша	10-150	150	180	200
Фруктовое пюре	5-60	70	80	90-100
Фруктовый сок	5-60	70	80	90-100
Творог*	10-40	40	40	50
Желток, шт	-	0,25	0,5	0,5
Мясное пюре*	5-30	30	50	60-70
Рыбное пюре	-	-	5-30	30-60
Кефир и др. кисломолочные напитки	-	-	200	200
Сухари, печенье	-	3-5	5	10-15
Хлеб пшеничный	-	-	5	10
Растительное масло	1-3	5	5	6
Сливочное масло	1-4	4	5	6

\* – не ранее 6 мес.